

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

369

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Edouard DELAGE

Ancien Interne des Hôpitaux de Poitiers.

Interne pr. des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Né le 2 mars 1912, à Pontenx-les-Forges (Landes).

LA NOTION

de

NÉO-SOCIABILITÉ DES ALIÉNÉS

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Edouard DELAGE

Ancien Interne des Hôpitaux de Poitiers.

Interne pr. des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Né le 2 mars 1912, à Pontenx-les-Forges (Landes).

LA NOTION

de

NÉO-SOCIABILITÉ DES ALIÉNÉS

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	AUBERTIN.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LÉVY-VALENSI.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Henri BENARD.
	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LOEPER.
Clinique des maladies des enfants	RATHERY.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEREBoullet.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies du système nerveux ...	
Clinique des maladies infectieuses	LAIGNEL-LAVASTINE.
	GOUGEROT.
Clinique chirurgicale	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique ophtalmologique	CUNÉO.
Clinique urologique	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique d'accouchements	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique gynécologique	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .	COUVELAIRE.
Clinique thérapeutique médicale	JEANNIN.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LÉVY-SOLAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique propédeutique	OMBRÉDANNE.
Clinique de la Tuberculose	HARVIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	LEMAITRE.
Clinique de cardiologie	Pierre DUVAL.
Clinique de neuro-chirurgie	M. VILLARET.
Assistance médico-sociale	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CACHERA Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	CORDIER Anatomie.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.	COUVELAIRE (Roger). Urologie.
BONNET Bactériologie.	DELARUE Anatomie pathologique.
BOULANGER . Chimie.	DELAY Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.	DEGREZ (H.) . Physique.
BROUET Pathologie médicale.	DESOILLE Médecine légale.
BULLIARD ... Histologie.	DIGONNET ... Obstétrique.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
DOGNON Physique.
FEVRE Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
cale.
GALLIARD Parasitologie.
GARCIN Pathologie médicale.
M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
thologique.
GAYET Physiologie.
DE GENNES .. Pathologie médicale.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOL .. Obstétrique.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.

MM.
LEMAIRE Pathologie expérimentale
LENÈGRE Pathologie médicale.
M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
MARCHAL Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-
cale.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
SICARD Pathologie chirurgicale.
SOULIE Pathologie médicale.
SUREAU Obstétrique.
TURPIN Pathologie médicale.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.
GUÉNIOT Obstétrique.

MM.
HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.
LE LORIER .. Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.
ALAJOUANINE.
BRULÉ.
CATHALA.
CHABROL.
CHEVALLIER.
DONZELOT.
DUVOIR.
GASTINEL.
HUGUENIN.
LAROCHE (G.).
LIAN.
MOREAU.
PIÉDELIEVRE.
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
ECALLE.
METZGER.
PORTES.
VIGNES.

MM.
BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
de GAUDART
d'ALLAINES.
LEVEUF.
MOULONGUET.
MOURE.
QUENU.

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE

*Eux à qui je dois cette profession que
j'aime. Qu'ils trouvent ici la marque de ma
profonde affection.*

A MA FEMME ET A NOTRE FILS

A MES BEAUX-PARENTS

Hommage respectueux.

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

LE DOCTEUR JEAN MARTIN

Médecin de 2^e Classe de la Marine.

Nous en conserverons toujours le souvenir ému.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'Honneur.

*En remerciement du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant de présider
cette thèse qui n'est que le reflet de son
enseignement à la Clinique des maladies
mentales. Qu'il trouve ici, avec notre vive
admiration, l'hommage respectueux de
notre profonde gratitude.*

A NOTRE JURY DE THÈSE

A MES MAITRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET DANS LES HOPITAUX DE POITIERS

Où nous fûmes interne et prosecteur.

AU DOCTEUR R. LE BLAYE

Professeur de Pathologie Médicale.

AU DOCTEUR J. PERDOUX

Professeur de Clinique Chirurgicale.

AU DOCTEUR RAINGUET

Médecin des Hôpitaux de Poitiers.

AU DOCTEUR VILLARD

Ancien Médecin-Chef du Quartier d'Aliénés.

AU DOCTEUR VELUET

Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

AU DOCTEUR SENGES

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne.

A MADemoiselle LE DOCTEUR CULLERRE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Dont nous avons l'honneur d'être l'interne.

A MON CAMARADE LE DOCTEUR BOUVET

Chargé des Fonctions de Chef de Clinique à la Faculté.

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

Nous sommes heureux de pouvoir le remercier, ici, des conseils qu'il nous a donnés au cours de ce travail.

AVANT-PROPOS

Le sujet que nous allons aborder, a certes été plusieurs fois traité, depuis qu'on connaît et qu'on étudie les aliénés. Mais on n'insistera jamais trop sur une question aussi ample. C'est au reste la raison pour laquelle M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE lui a consacré plusieurs leçons dans ses cours à la Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale, de la Faculté de Médecine de Paris.

Ce sujet touche à la fois à la *médecine et à l'hygiène mentale*, à la *psychologie et à la sociologie*. Jusqu'à maintenant il a été traité soit au point de vue uniquement médical et hygiénique avec l'étude des différents types cliniques de psychopathes pouvant profiter de la thérapeutique ou de la prophylaxie par le travail, soit au point de vue psychologique et sociologique par l'étude du comportement individuel et des différentes réactions, tantôt des malades entre eux à l'intérieur de l'Asile, tantôt des malades avec leur entourage.

Nous tenterons de faire ici une synthèse de ces points de vue variables, en montrant qu'ils ne sont que l'expression de ce qu'on peut appeler la *Néo-sociabilité des Aliénés* suivant le terme proposé par notre maître M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE. Pour

cela nous diviserons notre étude en plusieurs parties dont voici le plan :

- 1° Néo-sociabilité des Aliénés. Introduction.
- 2° Ses types cliniques.
- 3° Son intérêt médical et thérapeutique.
- 4° Sa valeur psychologique et ses conséquences sociologiques.

PREMIERE PARTIE

INTRODUCTION

A LA NEO-SOCIABILITE DES ALIENES

Il nous faut avant tout définir ce que nous entendons par Néo-sociabilité des Aliénés.

D'une part la sociabilité est la tendance profonde qu'ont tous les êtres humains à s'unir en agrégats et à échanger entre eux de multiples rapports. Nous comprenons cette propriété d'ordre général grâce à ce qu'on appelle le « sens du social », lequel est une certaine intuition qui nous montre, à côté de l'individu, le groupe des individus c'est-à-dire la société, et en elle l'individu groupé, c'est-à-dire l'homme social. Ainsi il est indéniable que le groupe social existe, autour de l'individu, l'enveloppant, le pénétrant pour le marquer de son empreinte, le modelant à son image, si bien que l'individu ne peut se concevoir et s'expliquer sans lui.

D'autre part l'aliéné est le psychopathe interné suivant le régime dicté par la loi. On a dit ¹ que le terme

(1) Bull. de l'Acad. de Méd. 1914, I, p. 658 (cité par BENON. *Mélancolie*, Paris, 1937.

d'aliénation mentale avait été créé par Asclépiade de Bythynie (1^{er} Siècle avant J.-C.). Cet auteur écrivait en grec, mais a été traduit en latin (*alienare*, changer; — *alienatus*, aliéné; — *alienus*, étranger; — *alius*, autre). Ce terme n'est ni médical, ni scientifique. « C'est le terme du langage populaire, ou mieux du langage de police : un aliéné est un individu qui est dangereux pour les autres ou pour lui-même sans être légalement responsable du danger qu'il crée. Le danger créé par le malade dépend beaucoup plus des circonstances sociales dans lesquelles il vit, que de la nature de ses troubles psychologiques ». (Pierre JANET, *les Médications psychologiques*, I, 112).

Si nous nous en tenons à l'étymologie latine, l'aliéné est un étranger et d'une façon plus précise c'est un étranger à son groupe social. En effet, les aliénés constituent une catégorie sociale spéciale de malades, très divers, qu'il faut interner, c'est-à-dire priver de leur liberté. En somme, l'aliénation mentale apparaît comme une donnée pratique traduisant un complexe bio-social.

Après cette double définition et ces quelques commentaires, le terme de Néo-sociabilité des Aliénés peut apparaître comme une formule paradoxale, contradictoire, et même absurde. Examinons les choses de plus près. Certes dans le domaine législatif de l'assistance aux aliénés, il apparaît clairement qu'il existe une incompatibilité, une antinomie plus ou moins latente entre le malade lui-même et la société; leurs intérêts réciproques paraissent même opposés.

Pratiquement, la société considère le psychopathe comme un individu sinon malfaisant, du moins dangereux et tend, presque biologiquement, à l'éliminer, tout en lui donnant quelques droits à une certaine protection.

Toujours au point de vue législatif, l'aliénation est donc considérée non pas comme une maladie temporaire, mais comme un état social particulier et définitif.

Nous ferons maintenant remarquer avec G. DUMAS, que l'aliéné n'a pas complètement perdu les facultés de concordance et d'adaptation de ses jugements, raisonnements, idées, images, avec les phénomènes du monde social. Chez le normal lui-même cette concordance et cette adaptation ne sont ni parfaites, ni complètes. Il convient donc de dire que l'aliéné s'éloigne seulement de l'adaptation soit par excès de système (persécuté, interprétatifs, jaloux), soit par défaut de cohérence (maniaques), soit par hésitation (obsédés, douteux), soit par inertie (débiles, schizophrènes). Cette notion est très importante car elle montre bien que l'aliéné n'est pas définitivement perdu, même s'il ne guérit pas, et qu'il persiste en lui certaines facultés psychologiques et tendances sociologiques qu'il est bon, nécessaire et utile de ne pas laisser sombrer et de mettre en valeur.

Les progrès de la médecine mentale au cours de ces dernières années qui nous ont appris à mieux connaître les malades, à les soigner par des moyens adéquats, ont amené d'une part la transformation des

Asiles d'aliénés en Hôpitaux psychiatriques et d'autre part ont montré que l'incompatibilité dont nous parlions plus haut n'est pas si complète et si définitive que le laisse penser dès l'abord la législation actuelle, et qu'elle doit être résolue par la remise en valeur sociale de l'aliéné en profitant soit du reliquat des facultés et tendances psycho-sociologiques primitives, soit de nouvelles aptitudes que le psychopathe acquiert à l'intérieur de l'Asile. Le tout, nouvelles aptitudes et reliquat des anciennes constituant une nouvelle modalité de sociabilité, appelée d'un seul terme *Néo-sociabilité des Aliénés*.

Dès maintenant, nous pouvons donc rappeler que la vie intérieure des Asiles n'est pas tellement loin de ce qu'est la vie normale de la société. C'est là un fait bien connu des aliénistes et des gens qui fréquentent les Asiles. Certains romanciers, journalistes ont voulu décrire cette vie et d'une façon plus ou moins ridicule ont parlé des qualités nécessaires aux médecins et à tout le personnel en rapport étroits et constants avec les aliénés.

Ainsi, quelques-uns ont parlé de bonté, de patience et ils n'ont pas eu tort de le faire, mais d'autres sont allés mettre en cause le dévouement, le courage et même l'héroïsme, ce qui est manifestement exagéré et la preuve d'une ignorance profonde des aliénés et des asiles. Cependant, il est bien certain que les psychopathes constituent une minorité bien spéciale, ayant sa vie propre, ses joies, ses peines, son caractère nettement différencié. C'est cette minorité que les

uns et les autres ont souvent aimé à comparer à l'énorme groupe des individus normaux vivants en société, soit pour mettre en évidence la situation pénible et digne de pitié; soit au contraire pour en vanter l'heureux privilège.

N'est-ce pas Erasme qui dans l'ELOGE de la FOLIE « soutenait ce paradoxe que la Folie étant le seul et véritable guide de l'homme et lui faisant accomplir le plus naturellement du monde les actes les plus déraisonnables, l'aliénation devenait de ce fait l'état le plus enviable ».

Revenons maintenant à la notion de néo-sociabilité. Nous avons déjà dit qu'elle se conçoit grâce à la persistance de certaines tendances chez l'aliéné interné qui d'autre part en acquiert de nouvelles. Ce sont ces tendances élémentaires qui vont lui permettre de s'adapter à son nouveau milieu.

Pour plus de précisions, il nous faut maintenant faire un rappel sur les différentes tendances et leur évolution.

« Ce qu'on appelle états agréables ou pénibles ne constitue que la partie superficielle de la vie affective dont l'élément profond consiste dans les tendances, appétits, besoins, désirs ».

L'origine de la vie affective est dans les tendances traduisant les besoins physiques et moraux de tout individu. Et plus loin Th. RIBOT ajoute : « La seule idée qu'on puisse se faire des tendances, c'est de les considérer comme des mouvements (ou arrêt de mouvements réels à l'état naissant) », un besoin, une

inclination, un désir impliquant toujours une inner-
vation motrice à un degré quelconque.

L'assimilation des tendances à des mouvements avait déjà été faite par MALEBRANCHE qui faisait la remarque suivante : « Les inclinations des esprits sont au monde spirituel ce que les mouvements sont au monde matériel ». RIBOT distingue encore les tendances positives des tendances négatives et, d'autre part, les tendances de la vie organique qui sont les besoins et les tendances de la vie psychique qui sont les inclinations des esprits. Ces dernières correspondent aux fonctions intellectuelles de jugement, de raisonnement, d'imagination, de création, de rêverie (besoin d'imaginer, de créer, de rêver), auxquelles il faut ajouter les nombreuses tendances qui correspondent à nos goûts, à nos préférences, à nos habitudes.

Lorsque l'accomplissement de toutes les fonctions intellectuelles est assuré, la vie psychique apparaît comme un phénomène automatique; mais dès que ces fonctions habituelles sont plus ou moins gênées dans leur marche normale, les tendances correspondantes commencent à se manifester. Comme l'automatisme parfait n'est jamais complètement réalisé, la vie psychique est constamment soumise à l'influence entraînante plus ou moins forte des tendances, si bien qu'elle est toujours en perpétuel mouvement, en perpétuel devenir, et cela au plus grand bien de notre activité.

Ces innombrables tendances primitives vont se modifier au fur et à mesure que la vie active va se déve-

lopper. On sait déjà par exemple que « la tendance sexuelle peut être tour à tour physiologique, psychophysiologique, surtout psychologique et finalement intellectuelle » (RIBOT). Schématiquement on peut décrire l'évolution des tendances suivant trois modes différents :

— *intellectualisation des tendances*. Celles-ci vont alors se vider de leur contenu affectif initial.

— *spiritualisation des tendances* qui vont s'enrichir par pénétration en elles de toute la personnalité humaine. Ce qui a pour résultat d'humaniser les tendances animales chez le même individu.

— *socialisation des tendances* qui est à la vie collective ce que la spiritualisation est à la vie individuelle.

Ce troisième mode d'évolution des tendances est si important et tellement répandu que l'individu humain est toujours et partout profondément socialisé.

En effet, le contact et les intrications entre les éléments collectifs et l'élément individuel sont si profonds que les phénomènes mentaux comportent toujours un appoint collectif. Si bien que BLONDEL fait de la psychologie collective une branche fondamentale de psychologie générale et il va même plus loin puisqu'il en fait le centre et le nœud. Seule l'étude de cette psychologie collective permet de déterminer ce qui dans l'activité mentale individuelle est indépendant du groupe et inversement elle peut aboutir, en considérant les divers systèmes de représentations collectives qui nous ont précédés, à nous expliquer ce que nous sommes.

Ce sont là les conclusions auxquelles aboutit BLONDEL dans son livre sur « l'Introduction à la Psychologie collective », soit en partant de l'étude des conceptions psychologiques systématiques d'Auguste COMTE, de DURKHEIM et de TARDE, soit en faisant l'analyse concrète de la vie mentale dans ses différentes formes de perception, mémoire et vie affective. Malgré des différences plus apparentes que réelles pour TARDE, comme pour DURKHEIM, l'individualité humaine est dédoublée en une individualité physiologique élémentaire, toute organique et pré-sociale, et une individualité supérieure, toute mentale et post-sociale. L'homme est animal, mais il est aussi esprit et ces deux conditions vont faire que sa vie mentale va refléter à la fois sa vie physiologique et la société qui l'entoure. « L'homme est un être social greffé sur un être vital; il n'est que cela : que resterait-il de la psychologie, la physiologie ôtée (comme l'a dit, je crois, M. TAINÉ), si ce n'est ce qu'y ajoute la sociologie ? ». Voilà ce qu'écrivait TARDE.

Finalement, les êtres humains sont tous intimement et profondément socialisés et partout en présence d'une activité quelconque, d'une manière de sentir et de penser, il est nécessaire de faire la part entre ce qui est dû à l'individu et ce qui est dû à la société. C'est là une attitude qui nous est recommandée à la fois par Auguste COMTE, par TARDE, par DURKHEIM.

Les tendances humaines finissent donc par se soumettre à l'influence de la société. Par ce fait elles vont perdre une partie de leur spontanéité, de leur dynamisme. *Mais ce qu'elles perdent en liberté, elles le*

gagnent en sécurité. Et c'est là un des buts et un des résultats les plus importants de cette action de la société sur l'individu. Celui-ci va donc se soumettre aux trois processus indiqués plus haut, parmi lesquels la spiritualisation et la socialisation sont les plus actifs. Ces deux derniers phénomènes indiqués agissent sur l'individu pour des parts variables, ce qui permet de distinguer suivant le mot de NIETZSCHE : les *Esprits libres* plus spiritualisés que sociabilisés et les *Esprits cerfs* qui sont les conformistes chez lesquels la sociabilisation des tendances l'emporte sur l'autre processus. Parmi ces derniers on reconnaît ceux qu'on appelle les esclaves inquiets des trois M : du Moment, du Milieu, de la Mode.

Ajoutons qu'inversement, il existe des périodes de despiritualisation des tendances par l'habitude et la routine, et de désocialisation lorsque ces tendances cessent de représenter la société dans laquelle vit l'individu; c'est dans ces cas qu'on peut parler des « vieux faunes », qui conservent leurs habitudes de cinquante ans en arrière, des décalages et des manifestations de survivance.

Nous voilà arrivés finalement aux deux facteurs essentiels de Néo-sociabilité des Aliénés qu'on peut exprimer par les deux points suivants :

— *les tendances perdent en liberté ce qu'elles gagnent en sécurité.*

— *la morphologie du groupe gouverne la nature des institutions* (DURKHEIM).

Ainsi, d'une part, nous nous trouvons dans cette

étude, en face du groupe des aliénés avec sa morphologie propre, et d'autre part, devant des individus dont les tendances sont arrêtées dans leur mouvement par le milieu restreint qu'est l'Asile.

On peut alors envisager ces aliénés comme constituant un nouveau groupe social, dont les nouvelles modalités de vie peuvent être étudiées sous le nom de *Néo-sociabilité des Aliénés*.

Nous allons en voir maintenant, les divers types cliniques.

DEUXIEME PARTIE

TYPES CLINIQUES

DE NEO-SOCIABILITE DES ALIENES

Nous allons décrire ici un certain nombre de malades, tels qu'on les trouve dans les asiles. Cette étude sera faite d'un point de vue individualiste, mais nous essayerons aussi de préciser le comportement de ces malades d'un point de vue collectif et social, lequel s'épuise beaucoup moins vite que le précédent. Ainsi, après l'exposé de chaque cas clinique nous ajouterons un chapitre, qu'on pourrait appeler chapitre de *néo-sociologie*, en montrant les façons variables qu'ont les malades de se comporter à l'intérieur de l'asile et les différentes réactions mentales mutuelles des malades entre eux ou encore avec leur entourage immédiat (médecins et personnel des asiles) et enfin avec le monde extérieur.

Nous nous servirons pour observer le comportement de ces aliénés de la méthode objective, sans faire appel à l'introspection. En psychologie collective et en sociologie, pensait Auguste COMTE, toute

connaissance pour être positive doit être avant tout extrospection, parce que les états mentaux ne s'y révèlent que par leurs effets extérieurs, et parce que cette extrospection seule peut faire connaître les conditions physiologiques et sociales auxquelles nous sommes soumis.

Avant de présenter d'une façon systématique les types divers tels qu'ils s'offrent à nous après un séjour des malades à l'asile, suffisamment long pour qu'on puisse envisager le complexe bio-social obtenu par l'action réciproque entre le reliquat des tendances primitives et leur nouvelle orientation; complexe aboutissant à un nouvel état social en milieu restreint, il est intéressant d'envisager le comportement de l'aliéné dès les premiers jours de son internement.

Ce comportement variable avec les malades et avec les différentes psychoses, l'est également avec le mode d'internement. Chez les aliénés placés d'office, il existe une phase réactionnelle de début. Actuellement cette phase est bien atténuée par l'application obligatoire de l'alitement à tous les malades entrants, si bien que dans la plupart des cas elle se borne à être surtout verbale. L'aliéné qui vient d'entrer est soumis, subjugué, par le milieu nouveau pour lui où on vient de l'introduire. Il peut rester docile et indécis pendant quelques instants. Mais rapidement il va clamer sans arrêt son intention immédiate de partir, car dit-il, sa place n'est pas dans un asile de fous. La folie est une misère qui s'ignore disait PINEL. Assez vite cependant, chez presque tous les malades, cette phase

d'opposition réactionnelle du début va s'atténuer. Et ce retour au calme est en grande partie dû à l'ambiance favorable des salles d'admission de nos hôpitaux psychiatriques. Il devait en être bien autrement, lorsqu'on jetait les aliénés dans un cabanon dès leur entrée à l'asile, qui ressemblait alors à une prison.

Cette phase réactionnelle initiale peut manquer chez certains malades. En particulier chez les aliénés criminels, qui ont l'impression en entrant à l'asile de s'en tirer et d'éviter ainsi la prison ou l'échafaud. Nous avons observé à ce sujet un délirant hallucinatoire à structure paranoïaque. Il avait tué une de ses voisines parce qu'il était persuadé qu'elle empoisonnait ses aliments, et qu'elle lui lançait des gaz toxiques. Le meurtre avait été commis d'une manière assez sauvage, et cependant dès son entrée à l'asile, le malade extrêmement réticent, paraissait, lorsqu'on l'observait de près, avoir trouvé la paix de l'âme, une sorte de tranquillité intérieure qu'il devait au soulagement éprouvé par la disparition de son persécuteur, mais aussi à l'idée qu'il échappait à la Cour d'assises. Il fut transféré loin de Paris, dans le sud de la France. Alors que ces départs sont toujours pénibles pour les autres malades, cet aliéné criminel s'en allait avec joie, il avait encore une fois l'impression d'échapper au châtement.

Dans d'autres cas encore, l'arrivée à l'asile est acceptée facilement et peut même paraître comme une délivrance. Ainsi en est-il pour les malades qui viennent eux-mêmes demander leur internement avec

insistance. Le plus souvent c'est leur réinternement qu'ils exigent véritablement, en s'adressant au commissaire de police de leur quartier. Tel était le malade Georges qui fait l'objet de notre observation n° III.

Rappelons en outre les différentes étapes, par lesquelles passent les aliénés internés à Paris, par l'intermédiaire de la Préfecture de Police. Ces étapes sont bien connues. Elles nous ont été contées récemment avec détails par une malade que présentait M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE à un de ses cours à l'asile Ste-Anne. C'était un cas de délire à deux, entre une mère et sa fille, toutes les deux débiles, avec quelques éléments paranoïaques. Elles vivaient isolées et retirées du monde et elles avaient fini par rendre la vie intenable au père de famille qu'elles accusaient de tous les états possibles. Le délire était interprétatif avec quelques phénomènes hallucinatoires difficiles à mettre en évidence. Les deux femmes vivant en mésentente avec leurs voisins avaient été appelées près du commissaire de police de leur quartier. Traitées naturellement sans douceur, elles furent enfermées séparément dans les étroites et sombres cellules d'une voiture spéciale et amenées à l'infirmerie du Dépôt. Là on les plaça à nouveau en cellules. Le lendemain matin, après une nuit atroce, elles sont conduites à Sainte-Anne, toujours en voiture cellulaire. Elles traversent Paris, ignorantes de leur nouvelle destination. Enfin arrivées à l'asile clinique, elles entrent dans la salle d'admission, et loin de se révolter, ces deux

femmes éprouvent un immense soulagement dans ce milieu bien accueillant où les infirmières leurs paraissent sympathiques. La mère nous décrit avec une grande précision de termes imagés, parfois prétentieux, toujours pittoresques, les différentes étapes de ce qu'elle appelait leur enfer, leur calvaire, terminé heureusement à l'asile, qui leur apparaissait comme un lieu de délivrance.

Après la période réactionnelle, au bout d'un temps variable, fait suite une phase d'adaptation. Les aliénés s'habituent ainsi au milieu réduit de l'asile, et le signe le plus fréquent, le plus caractéristique du début d'adaptation est la demande de l'aliéné qui veut aller aux quartier de travailleurs. Ce sont généralement les déséquilibrés pervers qui se « rendent » les premiers et rapidement, on peut les utiliser dans les ateliers ou autres lieux de travail. Certains épileptiques également se font vite à ce milieu, et deviennent de bons travailleurs. Les délirants chroniques, systématisés surtout, sont beaucoup plus longs à accepter cette vie restreinte et il est fréquent de les voir repliés sur leur délire, souffrant longtemps de leur internement. Mais si l'on arrive à les convaincre, au bout d'un certain temps ils deviennent plus « sociables » à l'intérieur de l'asile et ils peuvent être occupés avec grand profit.

Passons maintenant à l'étude proprement dite des différents types de néo-sociabilité en milieu restreint.

Nous distinguerons pour cela quatre grands cadres dans lesquels peuvent entrer nos malades :

- *infrasociabilité constitutionnelle.*
- *néo-sociabilité en milieu restreint.*
- *sociabilité résiduelle.*
- *activité purement mécanique.*

INFRA-SOCIABILITE CONSTITUTIONNELLE

Nous entendons par ce terme, une sociabilité de qualité inférieure, une véritable carence constitutionnelle sociale. Les individus de ce cadre ont en somme une modalité sociale, qui est en dehors des règles collectives habituelles. Ce sont surtout les débiles mentaux que nous avons ainsi en vue. Ces sujets qui ont été retardataires, crédules, suggestibles, sont évidemment peu armés pour mener la vie collective. Ils sont facilement exploités par les plus habiles de leur entourage. Assez lents à comprendre, par manque d'esprit critique, les débiles finissent par réaliser les tromperies dont ils sont l'objet, et de niais qu'ils étaient, ils deviennent soupçonneux et méchants. Ce sont ces colères impulsives et parfois l'apparition d'épisodes délirants polymorphes, qui sont à l'origine de l'internement des débiles mentaux.

Une fois à l'asile, ces débiles vont s'adapter facilement à leur nouvelle vie, certes beaucoup plus facile pour eux que la première qui nécessitait des initiatives dont ils sont incapables. Toutefois ce manque d'initiative est remplacé par une certaine application dans le travail qui en fait de bons manœuvres pouvant être utilisés avec profit. C'est cette application qui, jointe à la fidélité, a fait du débile, suivant Maurice de FLEURY « un merveilleux domestique ».

L'infra-sociabilité constitutionnelle du débile étant définitive, elle persiste donc à l'intérieur de l'asile telle qu'elle était avant l'internement. Mais dans ce milieu restreint elle constitue un ensemble de facultés qui peuvent permettre l'utilisation du malade dans des limites assez étendues.

Nous donnerons l'observation d'un malade entrant bien dans ce groupe de l'infra-sociabilité constitutionnelle.

OBSERVATION N° I.

(Malade de la Clinique des maladies mentales de la Faculté) ¹

Fernand H... a été hospitalisé très longtemps au service des enfants anormaux de Bicêtre, puis interné à deux reprises à Ste-Anne en 1891 et en 1897. Depuis cette date il n'a pas quitté l'hôpital. Il est atteint de débilité profonde compliquée d'épilepsie ancienne. Ce malade incapable d'avoir à l'extérieur une « indépendance économique » complète, présente à l'hôpital une activité assez bonne en qualité de garçon de laboratoire.

Nous trouvons dans l'histoire psychopathique de ce malade un traumatisme crânien grave à l'âge de 3 ans à la suite duquel il a présenté des crises comitiales pendant toute son enfance. A partir de 20 ans, ces crises sont allées en s'espacant pour disparaître entièrement à l'âge de 27 ans. Actuellement Fernand se présente comme un gros débile avec troubles du caractère. Il sait à peine lire et sa lecture est syllabique, lente, laborieuse; il écrit avec difficulté son nom et son adresse et est seulement capable d'effectuer un calcul très élémentaire comme une addition.

(1) Nous devons cette observation à l'obligeance de M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE. Nous lui en sommes très reconnaissant. De même pour les observations I, V, VIII, X, XI, XII.

Son fonds mental est fait de puérilité et d'affectivité niaise et orgueilleuse, avec par instant tendance à la mythomanie perverse : Fernand aime raconter des histoires et surtout à en inventer. Son sens critique est très déficitaire. Sa mémoire est assez bonne.

Le langage de ce débile est assez spécial : volubile, agrammatique, descriptif, mais pauvre. Fernand est incapable de retenir les noms; ainsi « Monsieur Cuel » est pour lui « Monsieur Légion d'Honneur ».

Souvent Fernand est porté à des colères violentes par son tempérament impulsif, par des sympathies et des antipathies excessives.

Comparons le comportement de notre débile à l'extérieur en liberté, à son comportement à l'intérieur de l'hôpital. Avant son internement, Fernand fut toujours incapable d'avoir une indépendance quelconque. Il fut pendant quelques temps employé comme ébéniste par son frère, entrepreneur de menuiserie. Quand on lui demande en quoi consistait cette profession, il nous donne une réponse étonnante de pauvreté : « Travailler vernis; dorer les filets; mettre des clous dorer... ». Néanmoins il sait distinguer un bois dur d'un bois tendre : « Le sapin est tendre, le merisier est dur ». Ses connaissances techniques sont si élémentaires qu'il est incapable de donner une définition même approximative : d'un tabouret, d'une chaise, d'un fauteuil. Fernand se serait toujours montré violent à l'égard de sa mère.

A l'hôpital son activité n'est pas complètement stérile. Il est employé à la section physiologique du laboratoire de la Clinique : son travail essentiel consiste à s'occuper des animaux de laboratoire; ce qu'il fait d'ailleurs avec beaucoup de soins et une certaine compétence. Il aime ses pensionnaires et dernièrement avait élevé toute une nichée de chiots qu'il promenait dans l'hôpital. En dehors de ce travail, Fernand s'occupe du nettoyage du laboratoire d'anatomie pathologique.

A l'égard de son entourage immédiat notre débile est toujours impulsif, violent, jaloux; il supporte mal dans son travail, la compagnie d'un autre malade se mettant facilement en colère, il pourrait, sous l'influence d'une émotion violente,

devenir dangereux. Fernand reste à l'écart de ses camarades, lisant très lentement son journal.

Il s'intéresse parfois aux événements du monde extérieur, qui cependant semble disparaître bien vite de sa mémoire. C'est ainsi, que s'il savait exactement la signification de la perte du cuirassé « Graf Spée », il est actuellement incapable de donner le moindre renseignement sur la guerre en cours.

Fernand a gardé des relations assez suivies avec son frère, qu'il considère comme un personnage supérieur.

NEO-SOCIABILITE EN MILIEU RESTREINT

C'est la néo-sociabilité proprement dite. Elle est le fait des individus qui ne peuvent s'adapter au milieu complexe du monde extérieur et aux conditions de la vie en société, et qui par contre vivent facilement dans le milieu restreint de l'asile. Ce phénomène est dû à l'apparition ou acquisition de nouvelles tendances, qui vont faire de l'aliéné, autrefois étranger à son groupe social, un individu parfaitement adapté au petit groupe de l'asile, capable d'évoluer correctement dans ce milieu réduit, pouvant en suivre le rythme, soumis à ces disciplines n'étant un danger pour personne, au contraire y jouant un rôle utile.

Ces malades, capables d'un tel « renouveau », sont presque nécessairement des individus ne présentant aucun affaiblissement intellectuel, et ayant souvent un degré d'instruction assez élevé, ou ce sont encore des ouvriers manuels remarquables, ayant conservé intactes leurs anciennes qualités professionnelles. Ils vont justement s'adapter d'autant plus facilement qu'on leur permettra d'utiliser leurs facultés intactes ou qu'on aura eu la précaution de les placer dans des ateliers qui correspondent au métier qu'ils ont exercé avant d'être internés. Certains même, parmi eux, iront jusqu'à apprendre un métier nouveau.

Pour préciser davantage cette notion de néo-socialité en milieu restreint, nous allons donner quelques exemples de malades entrant dans notre deuxième cadre.

Psychasthéniques.

Nous allons en donner deux cas. C'est là une catégorie de malades se trouvant très bien du séjour à l'asile; ils sont arrêtés au bord de tous les actes de la vie par une émotivité morbide, une inquiétude d'attente, un sentiment d'incomplétude, un doute perpétuel, un manque de confiance en soi. Par contre, à l'asile souvent ces gens s'habituent rapidement à leur nouveau milieu, se soumettent à la discipline et arrivent à y mener une vie active dont ils étaient incapables à leur entrée.

OBSERVATION N° II.

(Malade de notre service à l'asile de Vaucluse).

Louis G. est un psychasthénique de longue date. Ses antécédents héréditaires et personnels sont sans intérêts pour l'étude de son état actuel. Fils de cultivateurs de Bretagne, il fréquente de bonne heure le lycée de sa région et s'y révèle comme un sujet remarquable. Il termine ses études comme licencié es lettres et trouve des places de professeur d'anglais, de latin, de français dans différents lycées et écoles libres. Dès sa jeunesse, il fut tourmenté par une émotivité exagérée, mais il réussit cependant à mener une vie brillante. Marié tard en 1922 à l'âge de 44 ans à une femme beaucoup plus jeune que lui, le ménage n'a jamais très bien

marché malgré une belle aisance : lui professeur dans une école libre de Versailles, elle agrégée de lettres. Dès le début du mariage Louis malgré un vif désir de sa femme qu'il semblait beaucoup aimer, a une vie sexuelle troublée : il redoute d'une manière obsédante l'acte sexuel et après son accomplissement au lieu d'en être comblé, il en est dégoûté. Durant onze ans de mariage tous les deux fréquentent la haute société parisienne, font de nombreux voyages en Europe centrale et en Grèce. Mais il est abandonné par sa femme en 1933 alors qu'il était âgé de 55 ans. Il s'en suit une véritable stupeur émotive, une incapacité totale d'action avec désarroi moral. Louis fut pendant quelques mois à la campagne puis revient à Paris se faire soigner dans les hôpitaux, en particulier à la Salpêtrière et Henri Rousselle. Placé à l'asile de Ville-Evrard en 1935, il en sort légèrement amélioré, ce qui lui permet de faire un voyage à Athènes. La calme et imposante sérénité des ruines antiques ne l'aida nullement à retrouver son équilibre. De retour en France il fait plusieurs tentatives sans succès pour revoir sa femme à qui il écrit de nombreuses lettres. En Novembre 1936, notre malade est arrêté par la police sur plainte de sa femme qu'il importune sans arrêt, mais il est relâché. Louis retourne lui-même se présenter au commissariat en manifestant de vagues idées de suicide. Il est à nouveau interné et transféré à l'asile de Vaucluse où nous avons pu l'examiner lors de notre première année d'internat.

Il se présentait alors comme un psychasthénique hypochondriaque. Ne pouvant supporter ni le bruit, ni la lumière, ni la présence des autres malades : (je suis hyperesthésique, disait-il). Il ne pouvait coucher en dortoir avec les autres pensionnaires et une chambre lui était réservée où il n'arrivait pas à supporter la promiscuité d'un jeune débile pourtant bien tranquille. Louis au moment des repas se plaignait d'anorexie alors qu'il se nourrissait abondamment. Notre malade réclamait constamment sa sortie estimant qu'il était seulement un malade physique. Du reste il refusait systématiquement tout médicament estimant qu'il avait pour ceux-ci une sensibilité anormale et qu'ils seraient plutôt nuisibles pour lui et cependant il n'arrêtait pas de se plaindre

du manque de soins dans lequel on le laissait. Lorsqu'on lui proposait sa sortie, ses troubles de la volonté n'aboutissaient qu'à des palabres intérieures et des discussions alambiquées sombrant finalement dans l'indécision, l'irrésolution.

Cet état remontant à plusieurs années, avait d'abord lassé sa femme, puis toute sa famille et ses amis. Il semblait que cet homme fut incapable de tout travail, malgré la persistance de ses facultés intellectuelles intactes et presque brillantes. Pourtant le matin, dès le réveil, il se rendait à la bibliothèque médicale et là, pendant plus de deux ans, il y fit un travail véritablement extraordinaire et très curieux par certains points. Tout en se plaignant constamment, il reclassa plus de 2000 volumes avec une précision remarquable, puis s'attacha à des travaux de dactylographie : il put ainsi copier une collection complète de questions de pathologie générale, de médecine mentale, d'anatomie, de physiologie, etc..., « telles que celles qui servent aux étudiants pour la préparation des différents concours d'internats ».

Chaque question était complétée par une reliure simple, mais très ingénieuse, et la couverture était souvent agrémentée d'un dessin toujours fait à l'aide de la machine à écrire. Il arriva ainsi à taper environ 400 questions, la plupart en 3 ou 4 exemplaires et il avait fait le même travail pour les internes qui nous précédèrent à l'Asile de Vaucluse.

Ce genre d'occupation était devenu indispensable pour lui et il réclamait du travail sans arrêt. L'expérience avait montré qu'il était incapable de s'as-

surer par son travail une existence normale, alors qu'à l'Asile ce malade pouvait fournir un rendement de 8 heures par jour d'un travail intellectuel parfait. Les rapports de ce malade avec le monde extérieur étaient très réduits. Il ne lisait aucun journal et ne connaissait les événements politiques ou autres que très imparfaitement. Il n'aimait pas à parler du présent, mais par contre s'entretenait volontiers avec nous de sa vie passée, de ses nombreux voyages; il abandonnait alors son ton habituel pour s'exprimer très brillamment dans une conversation agréable à suivre, si bien qu'à ces moments on était loin d'imaginer son état réel.

OBSERVATION N° III.

F... Georges. Ce malade âgé de 42 ans se trouve à l'asile de Vaucluse à la suite d'un quatrième internement. Les deux premiers séjours à l'asile ont été très courts, quelques mois seulement à Saint-Anne. Mais en 1934 des accidents subaigus d'alcoolisme ont nécessité une longue cure de désintoxication. A cette époque notre malade avait présenté un état confusionnel onirique très actif avec réactions agressives au cours duquel il voulait tuer sa femme et certains de ses voisins qui, disait-il, le menaçaient. Rapidement il redevint calme, docile et bon travailleur : il fut pour cette raison employé au potager de l'asile. Au bout de quatre années de désintoxication et de réadaptation par le travail Georges demande sa sortie par une lettre adressée au médecin-chef : (Je vous serais reconnaissant de m'accorder ma sortie vers le 15 mai. A cette date j'aurai terminé la mise au point du jardin dont j'ai l'entretien, et la satisfaction d'avoir pu par mon travail donner un peu de la reconnaissance que je vous dois, amplifiera le courage dont j'ai besoin pour reprendre ma place

parmi la société. Ayant la ferme volonté d'écarter de moi les funestes abus qui m'ont conduit dans cet asile, je partirai certain de ne jamais y revenir...). La sortie est alors ordonnée et notre malade revient à la vie parisienne. Celle-ci allait se montrer beaucoup trop complexe pour lui et l'asile allait être encore une fois le refuge et le salut de Georges qui est interne pour la quatrième fois, environ un an après sa sortie.

Au moment de son entrée, le malade présentait un état dépressif anxieux. Au cours de son internement antérieur, il avait été abandonné par sa femme, et son découragement était allé en s'accroissant pour aboutir facilement à des idées angoissantes de suicide.

Les antécédents de ce malade ne présentent rien de notables : ses parents sont morts, accidentellement. Lui-même a une instruction élémentaire, il sait lire et écrire. Mobilisé en 1917, il a été fait prisonnier. Revenu en France, il se marie en 1920 et a un fils âgé actuellement de 9 ans. Georges exerce le métier de monteur électricien, mais alors qu'il aurait pu avoir une existence paisible malgré ses tendances psychasthéniques, il s'adonne à la boisson particulièrement au vin dont il consommait près de trois litres par jour. Toutefois il semble qu'entre le troisième et le quatrième internement, il ait abandonné ses habitudes d'intempérance et la plupart des certificats médicaux estiment à cette époque que l'élément intoxication paraît plus associé que causal. En effet, lorsque nous l'examinâmes il ne présentait aucune idée délirante pouvant être l'origine éthylique; on notait seulement quelques séquelles de l'imprégnation antérieure avec tremblements digital, vivacité des réflexes tendineux, hypéralgie musculaire. Mais depuis trois mois la vie lui était devenue très difficile : exerçant son métier avec dégoût et lassitude il se laissait aller à un état de découragement où les idées de suicide étaient en partie liées à son isolement. De temps en temps il se rendait auprès de son fils et cela était pour lui tantôt un facteur de réconfort, tantôt un facteur aggravant son anxiété malade. Brusquement, il abandonna son emploi d'électricien et se présenta spontanément dans un commissariat pour demander son internement. Il se sentait,

nous dit-il à cette époque, tout près de l'abîme, et se rappelant alors son séjour à l'asile de Vaucluse il n'avait plus qu'une idée, celle d'y retourner. A son entrée il nous fit part de son intention de rester interné pour toujours.

Ainsi Georges entrait à l'asile le 23 juillet dans le quartier d'admission. Il n'y resta que cinq jours, alors que selon l'habitude, les autres malades y séjournent pendant deux semaines. C'est que, quelques heures après son entrée, se trouvant en sécurité, il sentait déjà revenir en lui cette expression de sérénité qu'il présente encore actuellement après six mois à l'asile.

Actuellement, Georges est au service du médecin-chef de l'asile. C'est un travailleur très sérieux, d'une tenue toujours très correcte, il est à la fois fier et heureux de se sentir estimé de tout le monde. Lorsque nous l'interrogeons au sujet de sa femme et de son fils, il laisse percevoir un peu plus que d'habitude quelques traits de son caractère émotif. Mais tout cela est vite effacé et Georges ne présente aucun signe d'ennui, de découragement ou d'anxiété. Parfaitement adapté à la vie de l'asile, il semble ne pas en vouloir d'autre, tout en restant cependant en contact avec l'extérieur, mais seulement avec son fils, car il n'a plus de parents et a complètement oublié sa femme.

Les alcooliques.

Après leur cure de désintoxication, ces malades sont naturellement parmi ceux qui vivent le plus

facilement à l'asile. On les met rapidement au travail et ils sont généralement de bons travailleurs. Mais comme ils guérissent au bout de quelques mois ils sont remis en liberté et l'asile perd alors ses meilleurs collaborateurs. Les psychoses alcooliques nécessitant l'internement définitif sont assez rares, cependant on rencontre des aliénés, anciens alcooliques récidivistes et dont les nombreuses ivresses pathologiques ont été à l'origine de multiples séjours à l'asile, qui ne pouvant plus vivre en société ont fini par s'habituer à la vie en milieu restreint. Nous en donnerons deux observations.

OBSERVATION N° IV.

(Malade de l'asile de Vaucluse).

Ce malade est interné pour la première fois en 1930 pour alcoolisme chronique avec accidents subaigus. Après un séjour de quelques mois et un transfert à l'asile d'Armentières il est remis en liberté. Il semble mener une vie assez active pendant deux ans, mais souvent entrecoupée d'ivresses fréquentes. Ce qui est la cause de son deuxième internement en 1934, avec le certificat d'entrée suivant : (Alcoolisme chronique, déchéance sociale progressive, incapacité à travailler, désintérêt général, n'a goût à rien... Se trouve incapable de vivre au dehors).

Actuellement Alexis est âgé de 55 ans et commence sa sixième année de présence à l'asile. Son passé d'alcoolisme invétéré n'a laissé aucune séquelle physique notable. Intellectuellement, il paraît cependant un peu ralenti, mais on ne trouve chez lui aucune manifestation psychique de l'alcoolisme chronique. Ce malade est maintenant un des meilleurs travailleurs. Il s'occupe de l'entretien et la réparation

du matériel automobile de l'asile et ses connaissances précises en mécanique le rendent sinon indispensable du moins très précieux.

Voilà un malade, qui à son deuxième internement, se présentait comme incapable de travailler et de vivre au dehors, et qui a depuis retrouvé toute son ancienne activité à l'intérieur de l'asile. Il ne manifeste jamais l'intention de sortir et reconnaît lui-même qu'il ne peut vivre ailleurs. Ses relations avec l'extérieur sont nulles; il ne reçoit ni parents ni amis, et sa seule distraction est la lecture quotidienne des journaux. Il fut placé judicieusement dans un atelier correspondant exactement au métier qu'il exerçait antérieurement. Il est incontestable que cette mesure a grandement accéléré son adaptation, et qu'elle contribue à lui faire paraître le séjour à l'asile comme une nouvelle vie, qu'il accepte non pas avec résignation, mais très volontiers.

OBSERVATION V.

(Malade de la Clinique Ste-Anne).

Eugène C. a été interné à trois reprises différentes.

La première fois en Novembre 1910 avec séjour de 2 mois à l'asile.

La deuxième fois en Janvier 1917 avec séjour de 1 mois.

La troisième fois en août 1923. Depuis lors il est resté interné à Ste-Anne pour alcoolisme chronique sur fonds de déséquilibre mental, troubles du caractère et du comportement, accidents médico-légaux graves. Avant son internement définitif, il était employé, depuis l'âge de 16 ans, comme garçon

de café, dans divers établissements. A partir de 1910 au moment de son 1^{er} internement, son travail fut très irrégulier. Actuellement, il est employé comme « Majordome » à la Salle de garde des Internes en médecine de l'hôpital Ste-Anne. Dans cette place, il exerce une autorité réelle sur les autres malades, qui le craignent et lui obéissent.

Histoire psychopathique.

Eugène C. a été interné pour la 1^{re} fois à la suite d'une tentative de viol sur sa fille, et après une expertise qui concluait à son irresponsabilité. La 2^e fois il a été interné pour, menace de mort à son beau-fils le jour même du mariage. Enfin le 3^e internement a été motivé par des troubles du comportement et de véritables crises de fureur envers sa femme.

Très vraisemblablement, ce malade n'a jamais eu, hors de l'hôpital, un comportement tout à fait normal depuis le 1^{er} séjour qu'il y a fait.

Examen actuel.

Eugène G. se présente actuellement avec un certain degré d'affaiblissement intellectuel qui semble devoir être mis plus sur le compte de l'âge, que sur celui de l'imprégnation toxique.

C'est ainsi qu'il accuse un certain degré d'amnésie de fixation, sensible surtout par les méthodes des tests, qu'il répugne à tout effort intellectuel, qu'il a des troubles de l'attention.

Mais il est un trait de son caractère qui semble bien être la conséquence directe de l'intoxication qu'il a subie. Eugène est d'une amoralité complète, et après 16 ans d'internement, il manifeste toujours le même désintérêt pour les siens, la même amoralité foncière dans toutes les circonstances de la vie à l'hôpital. Jamais il ne manifesterait le moindre remord de ses fautes passées; il se contente simplement d'en nier l'existence.

Etude du comportement.

Avant le 1^{er} internement, Eugène a fait des études primaires convenables. Son service militaire s'est passé sans

incident et il semble qu'il ait regretté de ne pas être resté davantage dans l'armée, manifestant ainsi une certaine prédisposition à la vie grégaire. Depuis l'âge de 16 ans, il a toujours exercé la profession de garçon de café de façon satisfaisante tant que ses habitudes éthyliques n'ont pas été trop prononcées.

Au point de vue comportement social, Eugène fut un véritable bourreau familial; sa femme et ses filles fuyaient leur domicile, tant les scènes de violence y étaient fréquentes et cependant sa femme grâce à sa compréhension le fit sortir deux fois de l'asile.

On trouve dans son dossier des lettres qui témoignent de l'affection profonde que Madame C... vouait à son mari. La terreur qu'il exerçait sur elle, semble avoir été poussée à un tel point, qu'ayant, au début de son 3^e internement, rencontré par hasard son mari dans la cour de l'hôpital, elle écrivit immédiatement au médecin pour le supplier de le maintenir à l'intérieur de la division, chaque fois qu'elle devait venir prendre de ses nouvelles.

Il n'y eut pas que les membres de l'entourage direct du malade qui eurent à souffrir de ses violences. Nous avons déjà dit que le jour du mariage de sa fille il menaça son gendre de le tuer d'un coup de couteau.

A l'hôpital psychiatrique, dès les premiers jours de son internement, Eugène C. retrouva son activité professionnelle. Il fut employé comme garçon à la Salle de Garde et bien vite, prit spontanément un certain ascendant sur les autres malades qui y étaient employés. Il en devint en quelque sorte le Majordome.

Longtemps il a exercé une autorité tyrannique sur ceux qui l'entouraient. Très jaloux, il rendait bien souvent la vie intenable aux malades nouvellement arrivés à la Salle de Garde, et il était nécessaire de limiter l'influence qu'il tendait à prendre sur eux. Vis-à-vis des internes, son attitude était très variable, les uns bénéficiant d'une sympathie marquée, d'autres au contraire lui étaient profondément et irrémédiablement antipathiques.

Actuellement le rôle d'Eugène à la Salle de Garde est ex-

trêmement limité. Presque impotent, il reste de longues heures à rêver. Le service de table suffit à l'occuper; quelques courses le fatiguent très vite. Mais les circonstances l'exigeant, il est encore capable de remplacer un cuisinier défaillant, de prendre une initiative. Il est d'ailleurs chargé, sous son entière responsabilité d'un petit commerce de cigarettes, et de jetons de téléphone. Pour cela il sait noter les dépenses de chacun et se faire rembourser à la fin du mois. Lorsqu'il lui est possible de se procurer à prix réduit du tabac de contrebande, il le revend au prix courant de la régie. Très attaché à la Salle de Garde, la plus grande punition dont on puisse le menacer, est de la maintenir au quartier. Il est arrivé que son état physique ou quelque incartade oblige les internes à prendre cette mesure. Alors Eugène supplie, menace, jusqu'à ce qu'on le libère. Parfois même il lui est arrivé de faire la grève de la faim.

Eugène participe très peu à la vie de son quartier. Levé à 7 heures, il ne rentre que le soir à 9 heures et passe ainsi toute son existence à la Salle de Garde, ignorant presque complètement les autres malades de la Clinique.

Les relations avec ses camarades sont comme nous l'avons dit assez irrégulières. Il reste jaloux de son influence, les accuse facilement, quelques fois leur témoigne une véritable animosité. Pourtant, et malgré des excès éthyliques épiodiques l'on a eu à déplorer aucun incident grave.

Eugène s'intéresse aux événements extérieurs, lit régulièrement les journaux, demande fréquemment des nouvelles des anciens internes, les reconnaît lors de leur passage à Ste-Anne. Par contre, il ne parle jamais de sa famille. Depuis 4 ans il est sans nouvelles de sa fille et ne veut pas s'en inquiéter.

Les Paranoïaques.

Voilà, parmi les psychopathes, une des catégories les plus dangereuses pour l'ordre social, par les perturbations qu'ils y apportent. Les paranoïaques cons-

tituent en effet un des types les plus parfaits d'individus antisociaux. Mais en milieu restreint, lorsqu'ils sont bien encadrés, ils peuvent modifier en quelque sorte leurs tendances primitives interprétatives et délirantes, en cessant de les appliquer au petit cadre social de l'asile. Si bien que tout en restant des paranoïaques, ces malades se conduisent à l'asile d'une façon bien différente de celle qu'ils avaient en liberté. Ils ont en somme une nouvelle modalité de sociabilité. Mais celle-ci est fragile et seulement valable pour le milieu restreint. Remis en liberté, ces malades retombent immédiatement dans leurs dangereuses réactions. Nous allons en donner deux exemples typiques.

OBSERVATION N° VI.

Alfred M. Se trouve à l'asile de Vaucluse au cours d'un 3^e internement. Il est entré en Octobre 1938 avec le Certificat suivant « Déséquilibre constitutionnel. Association d'un tempérament paranoïaque et de tendances obsessives. Jalousie conjugale déjà manifestée antérieurement. Obsession de tuer sa femme qui l'aurait quitté il y a 5 ans pour aller vivre avec un cousin, et de se tuer après. Sentiment d'être poussé irrésistiblement à accomplir son double meurtre; demande lui-même à être protégé contre son impulsion homicide et suicide. Deux tentatives antérieures de suicide dont une par coup de revolver dans la bouche. Déjà interné en 1934 et 1936 ».

Au moment où nous interrogeons à nouveau ce malade, celui-ci ne présente aucun signe d'affaiblissement intellectuel. Nous allons résumer son histoire.

— Son père était un fort buveur ce qui toutefois ne l'a pas empêché de mourir à 81 ans. Sa mère est morte à la suite de l'évolution d'un cancer cutané. Notre malade est le 3^e en-

fant d'une famille qui en comptait six. Il obtint le certificat d'études primaires et fut placé apprenti mécanicien à Caen jusqu'à l'âge de 16 ans, et apprenti électricien à Paris jusqu'au moment où âgé de 20 ans il partit comme machiniste à Buenos-Aires dans la troupe des Ballets de la Loie Fuller. Après 8 mois en Amérique du Sud, il revint en France pour y faire son service militaire. Réformé pour emphysème pulmonaire, puis récupéré en 1915 jusqu'à la fin de la guerre.

Auparavant, il s'était marié à l'âge de 23 ans, mais avait perdu sa femme en 1916 décédée de cancer de l'utérus. Après la guerre, il reprend son métier de mécanicien à Paris et se remarie en 1920 avec une femme de 19 ans donc beaucoup plus jeune que lui : il eu une fille et deux ans après un garçon qu'il estime comme n'étant pas de lui. La mésentente familiale va dès lors être la cause occasionnelle favorisant l'apparition de quelques interprétations délirantes plus ou moins fondées. Le terrain de déséquilibre va d'autre part être l'origine des tendances obsessives de meurtre. Finalement abandonné par sa femme, notre malade fait une tentative de suicide et est interné une 1^{re} fois en 1934 pendant 3 mois. Durant les deux ans qui suivent, notre malade reste en désaccord avec sa famille et il est toujours obsédé par l'idée et la crainte de tuer son beau-frère : ce qui le pousse à demander lui-même son 2^e internement en 1936. Sur sa promesse formelle de ne pas tenter de revoir sa femme et de ne se livrer à aucune tentative de scandale il sort à nouveau au bout d'un an. Mais une 3^e fois, ce malade redemande son internement et il est à l'Asile de Vaucluse depuis 15 mois.

Lorsque nous l'interrogeons, ce malade présente une légère excitation verbale à mesure qu'il développe avec méthode l'histoire de ces différents internements.

Il fait en assez grande mesure la critique de ses réactions passionnelles, mais laisse percevoir son état de déséquilibre et ses dispositions paranoïaques : orgueil, émotivité, susceptibilité. Au cours de tous ces internements, il a toujours été calme à l'asile et placé dans les quartiers de travailleurs. Très ingénieux en matière mécanique, li construit de petits

briquets, fabrique des pendules et répare des montres : tout cela avec un matériel très rudimentaire.

Voilà donc un malade qui semble ne plus pouvoir vivre en société et qui par contre à l'asile se conduit très correctement et est un travailleur apprécié. S'il en avait les moyens, tout en restant interné il pourrait fournir un rendement de travail très important et continuer en somme à occuper une place active dans la société.

OBSERVATION VII.

G... Joseph. Malade actuellement âgé de 49 ans. Interné depuis 11 ans pour délire interprétatif.

— Père et mère instituteurs en retraite. Une sœur et deux frères dont l'un est ingénieur-entrepreneur de travaux publics. Ni les uns ni les autres ne présentent de taxe mentale.

— Lui-même ingénieur diplômé de l'Ecole des Arts et Métiers d'Aix-en-Provence où il a fait ses études de 1907 à 1910. En 1911, a suivi les cours de l'institut Electro-technique de Grenoble. Service militaire en 1912, puis 4 ans de guerre. Marié en 1918 : deux fils âgés respectivement de 16 et 19 ans.

Nous allons résumer l'histoire de ce malade qui est, dit-il, depuis 1914 l'objet d'un chantage prolongé de la part d'une organisation internationale et de la franc-maçonnerie qui cherchent à lui voler et à utiliser certaines de ses inventions concernant la défense nationale : projets de mitrailleuse pour avions, de machine à vapeur, d'appareils à distillation. Dès cette date, notre malade avait acquis la certitude qu'il allait tomber dans un guet-apens à bref délai, mais qu'il lui était impossible de se défendre en provoquant l'intervention de la police sans se faire passer pour un déséquilibré, puisqu'il ne pouvait fournir aucune preuve de ses dires. Aussitôt après la guerre notre malade s'installe dans une exploitation agricole avec son beau-frère pendant deux années : mais les désaccords sont fréquents, car dit-il on prenait constamment le contre-pied de ses idées et il commençait à lui sembler que sa femme « sabotait le travail ».

Il comprend alors que c'est toujours la même bande internationale qui le poursuit, l'attaque de tous les côtés, fait périlcliter son exploitation, car il ne veut toujours pas lui livrer ses secrets et ses brevets d'invention. Du reste sa femme est certainement affiliée à cette bande puisque depuis quelque temps elle cherche à lui attirer tous les ennuis possibles et même empoisonner ses aliments.

Notre malade entre alors dans une usine de parfums à Grasse où il ne travaille que pendant un an. Il ne la quitte que « contraint et forcé » par le Directeur et les ouvriers lesquels cherchent toujours à lui voler les plans de ses différentes inventions. Dès lors il mènera une vie très instable changeant fréquemment d'usines et abandonnant même parfois son travail d'ingénieur.

Sa vie familiale est devenue encore plus difficile depuis le moment où il eu la révélation que son mariage avait été « préparé et dirigé », sa femme étant complice de ses ennemis. Il adopte alors une attitude franchement menaçante et promet à sa femme de l'exécuter au moindre geste dange-reux de sa part. Quelques temps plus tard, sa patience étant à bout, il prend sa femme plusieurs fois à la gorge, ce qui ne motive pas encore d'intervention de police.

La situation du ménage est devenu très difficile, cependant tous les deux viennent ensemble à Paris et notre malade trouve du travail dans les bureaux d'études de la Cie Thomson-Ouston. Il en est renvoyé à la fin de 1928 et peu à peu les ressources matérielles du ménage s'épuisent, cependant qu'il devient de plus en plus agressif vis-à-vis de sa femme. Finalement, il est arrêté et interné le 5 février 1929.

Actuellement, ce malade se présente comme un paranoïaque avéré. Il exprime un délire interprétatif avec idées systématiques de persécution et syndrome mégalomaniacque d'invention. Il interprète toujours maladivement les attitudes innocentes de son entourage, de sa famille, de sa femme. En 1934, il a été l'objet d'une expertise médico-légale par les Drs : CLAUDE, HEUYER et GENIL-PERRIN, ordonnée par le Parquet de Corbeil à la suite des multiples demandes de sortie que ce malade adresse au Médecin-chef, à la Justice ou au Ministre.

En dehors de cette absence de sens critique que décèlent ses interprétations exprimées avec prolixité extrême, satisfaction et assurance, l'état mental de notre malade ne présente rien d'anormal — son intelligence est nette, sa mémoire intacte. Son expression verbale ne laisse passer aucun néologisme, son comportement est fait des habitudes de politesse et de convenance bien conservées. En ce qui concerne les sentiments, ce malade est toujours capable d'émotion et son affectivité ne paraît aucunement diminuée. Dès les premiers mois de son internement, malgré son désir ardent de revenir à la liberté, ce malade s'est révélé comme un excellent travailleur. Etant donné son niveau intellectuel, il fut immédiatement placé dans les bureaux médicaux et depuis 11 ans il a fait des travaux de dactylographie très appréciés.

Il n'est pas question d'envisager pour ce malade, le travail comme un moyen de thérapeutique — il restera toujours un grand délirant et nous n'avons aucun traitement à lui opposer. Mais le travail a été pour lui une manifestation très brillante de son nouveau mode de vie à l'intérieur de l'asile. Incapable de se soumettre aux exigences de vie sociale, il s'est au contraire rapidement et parfaitement adapté à son nouvel état. Alors qu'il était inutile et dangereux dans la société, il est devenu indispensable et de très bonne compagnie dans ce milieu fermé. Ce malade nous paraît être un exemple frappant de l'acquisition d'un nouveau mode de sociabilité en milieu restreint.

Les épileptiques.

L'incapacité professionnelle et l'inadaptabilité sociale de certains épileptiques sont bien connues. Mais il y aurait lieu de faire ici la distinction entre l'épileptique simple et l'épileptique. Trop souvent, en effet, les deux cas sont confondus, et trop souvent l'épileptique simple est interné. Qu'on relise le tableau brossé par Legrand du Saulle en 1878 à la Société médico-psychologique de la situation et du sort pénible des épileptiques : « Pour placer un épileptique en lieu sûr, pour lui être sincèrement secourable, je suis obligé de lui jeter sur les épaules, la livrée du délire. Je le regrette, mais je n'ai pas encore pu faire mieux ».

A l'asile, l'épileptique jeune encore, ne doit pas être abandonné à l'inaction ou à des travaux futiles, car bientôt ce serait pour lui le désintérêt profond de tout, et l'apathie sans issue. Ce malade est au contraire capable d'être occupé à des travaux utiles. D'autre part, il est essentiel de placer l'épileptique dans un milieu adéquat, c'est-à-dire, sachant comprendre sa maladie, ne le repoussant pas, au contraire l'encourageant. Dans un tel milieu, l'épileptique pourra retrouver une nouvelle forme de sociabilité qui se traduira par un travail-rendement souvent intéressant, car il est le fruit, soit d'une intelligence vive à l'occasion, soit d'une vigueur corporelle parfois remarquable.

Les épileptiques forment donc une catégorie de ma-

lades dignes d'intérêt au point de vue social. Cet aspect de la question a été étudié depuis longtemps. FERRUS, le premier en France, réclama le travail en colonie des épileptiques, véritables colonies agricoles organisées sur le modèle de la ferme Ste Anne. Vingt ans plus tard, PARCHAPPE en 1853, LEGRAND DU SAULLE et DELASIAUVE, interviennent dans le même sens. En 1851, l'inspecteur général LUNIER, défendit à la Société méd. psych. la cause des épileptiques. En 1903, le conseil général de la Seine fait ouvrir la colonie agricole de Chezal-Benoit, pour recevoir des épileptiques et des débiles. Mais cette colonie a, depuis, perdu sa destination primitive. En somme, il n'existe aucun mode d'assistance spécial aux épileptiques, malgré de nombreuses tentatives. Et pourtant ces malades ont en eux des facteurs de néo-sociabilité si développés qu'ils peuvent, en quelque sorte, être extraits des asiles ordinaires pour profiter d'établissements spéciaux. Nous renvoyons à ce sujet à l'étude de A. CEILLIER et Paul VERVAECK, parue dans l'Hygiène mentale en avril 1927.

SOCIABILITE RESIDUELLE

C'est dans ce troisième cadre qu'on rencontre le plus grand nombre de malades. Nous comprenons en effet sous le nom de sociabilité résiduelle tout ce qui reste des dispositions sociales primitives après le passage de la maladie. Il est alors incontestable que dans les asiles, une très grosse proportion de malades a conservé une partie plus ou moins importante de ses facultés d'adaptation à la vie en commun et ces malades se trouvent, le plus souvent, parmi ce qu'on appelle, d'un terme très général, les délirants chroniques.

Dans la plupart des cas, cette sociabilité résiduelle est assez banale, en ce sens que dans toutes ses manifestations, et en particulier dans l'activité des psychopathes, elle reste à un niveau peu élevé. Ainsi le travail n'est souvent que le résultat d'une bonne technique bien apprise, mais il est rarement original, et par ce fait l'activité créatrice est peu féconde.

Il arrive cependant de rencontrer quelques malades, qui à certains moments seulement, ont une activité remarquable, traduisant en quelque sorte ce qu'on peut appeler une néo-sociabilité résiduelle exaltée. Il y a déjà longtemps que de tels faits ont été remarqués. Victor PARANT, dans son livre « La

Raison dans la folie » en rapporte plusieurs cas, dont voici quelques exemples :

Une femme présentant un délire systématisé de persécution très actif, servait de secrétaire aux malades qui ne savaient pas écrire. « Et chose singulière qui confond l'étonnement, alors qu'elle fait parler aux convalescents le langage de la plus saine raison, elle n'écrit pour son compte que des lettres absolument dénuées de bon sens ». Une autre malade très délirante sert d'interprète chaque matin pendant la visite, à une pauvre bretonne dont l'idiome est intelligible pour nous, et s'acquitte de ce soin d'une manière irréprochable. Pendant toute la durée de cette fonction, le délire se suspend, pour ainsi dire, mais pour recommencer immédiatement après. A peine, en effet, a-t-elle achevé de traduire les dernières paroles de la bretonne dont il s'agit, qu'elle se tourne vers moi et me dit : « Maintenant, Monsieur le Docteur, parlons de moi » ; elle se met alors à délirer d'une façon très sensible¹.

PINEL raconte l'histoire d'un orfèvre qui « avait l'extravagance de croire qu'on lui avait changé sa tête et qui s'infatua en même temps de la chimère du mouvement perpétuel... il en résulta des machines très ingénieuses, fruit nécessaire des combinaisons les plus profondes »².

Monrose, le célèbre acteur de la Comédie-Fran-

(1) Cf. Ann. Méd. psych., 1867, p. 91.

(2) PINEL. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, p. 91.

gaïse, était atteint depuis plusieurs années d'une maladie mentale qui est restée incurable. Un jour cédant aux sollicitations de ses amis qui espéraient ainsi faire diversion à son délire, il monte sur les planches au milieu des ténèbres de sa folie : au moment où il entre en scène, il reprend toute sa lucidité d'esprit, remplit le rôle de Figaro avec une adresse merveilleuse et en se surpassant lui-même. A la fin de la pièce, au moment où il remet le pied dans la coulisse, suivi par les bravos de l'assistance, le délire le reprend, et le triomphateur manque à son triomphe. Pendant toute cette soirée des spectateurs qui ignoraient la maladie du malheureux artiste, ont pu croire qu'il n'était point fou ¹.

Le Moniteur universel du 19 janvier 1885, sous le titre « Un prix bien mérité », annonçait la nouvelle suivante : « Dans sa dernière séance annuelle, l'Académie a décerné le prix Franceur à M. Ba., qui est un géomètre de talent et qui a fait partie du personnel de l'Observatoire. Ce savant a écrit une lettre de remerciements, elle est datée de Charenton où le malheureux est pensionnaire » ².

Comme nous l'avons fait remarquer, beaucoup plus nombreux sont les malades qui présentent un mode de sociabilité résiduelle banale, mais qui n'en est pas moins précieuse, car elle leur permet de mener à l'intérieur de l'asile une vie qui n'est pas tellement

(1) ESQUIROS. Paris au XIX^e siècle, tome II, p. 142 (cité par PARANT).

(2) Cité par PARANT.

loin de la normale, malgré souvent un état psychopatique profond. Nous en donnons ici deux exemples.

OBSERVATION VIII.

(*Malade de la Clinique Sainte-Anne*).

Octave L..., psychose paranoïde avec appoint imaginatif très important. Tendances schizophasiques. Le début de ces troubles remontant environ à 1917. Chez ce malade l'activité antérieure à l'internement était excellente : Octave, monteur en bronze avait des connaissances techniques et générales très complètes. Mais environ un an avant son internement, il a cessé tout travail et toute activité, probablement sous l'influence de ses idées délirantes. Toutefois à l'hôpital, il s'occupe au laboratoire de la Clinique, fait des courses à l'intérieur de l'établissement et est capable de laver correctement une automobile.

Histoire psychopathique. — Rappelons d'abord les circonstances de l'internement. Octave est arrêté le 3 avril 1930, Rue de Rivoli, sur la demande d'un passant, qui avait remarqué son attitude anormale, et avait été intrigué par ses propos incohérents. Le malade fait de cet incident le récit suivant qui montre bien l'incohérence foncière de ses discours :

Q. — Pourquoi êtes-vous entré ici ?

R. — Parce qu'il m'était arrivé sur la voie publique une supposition probablement de malveillance. Je n'ai pas bien compris. Quand j'ai été arrêté, on m'a fait déposer mes papiers et on m'a demandé d'expliquer pour quelle raison cette personne qui m'avait frôlé sur la voie publique et en me frôlant avec un chien au bout d'une ficelle, avait fait une remarque. Je suis très connu dans le quartier où j'habitais depuis très longtemps déjà. Cette personne dit qu'est-ce que vous diriez si je faisais parler Jean-Charles Legrand avec Poincaré ? Alors qu'est-ce que c'est que cette chose là qui peut enfin avoir un indice depuis très longtemps... J'étais,

je suis, comment dirai-je, classé parmi le 3^e colonial sur état militaire ».

L'état mental de ce malade est resté sensiblement sans changement depuis son entrée au service de la clinique. Octave L. présente un énorme délire, accompagné de troubles du langage, sans affaiblissement intellectuel net.

Structure du délire : L. présente un délire mal systématisé, dans l'élaboration duquel intervient, autrefois, un processus hallucinatoire probablement très actif, mais ce qui maintenant semble bien éteint.

Par contre actuellement les tendances imaginatives, se donnent libre cours. On a l'impression que le malade brode facilement sur des thèmes familiers et qu'il invente de nouveaux épisodes au fur et à mesure que se déroule son récit.

La guerre de 1914-18, semble avoir fait une très profonde impression sur Octave L., et lui avoir fourni les principaux éléments exploités par son activité délirante. Il ne rêve que d'espionnage, de lignes de force de pensée, de transmissions mystérieuses d'ordres secrets. S'il est classé « parmi le 3^e colonial sur état militaire », il est un des principaux « occultant » militaires. Doué du pouvoir de percevoir à distance il est chargé de la surveillance des « lignes » ; il soupçonne tout le monde, obéit à des ordres, fait des rapports, et quand il était en liberté se croyait chargé de veiller à la sécurité des personnages importants. Enfin il appartient toujours au service Bleu, Blanc, Rouge.

Troubles du langage : ils ont été longuement commentés par le Professeur Henri CLAUDE et ses collaborateurs, au cours d'une présentation de ce malade à la Société Med. psychol. Notons simplement la correction de l'expression verbale, tant que l'interrogatoire n'aborde pas les thèmes délirants, et au contraire, la rapidité du débit, la variété des néologismes, la fréquence de l'agrammatisme, chaque fois que l'on touche aux préoccupations foncières d'Octave L.

Modalités du comportement. — A l'extérieur, au temps où il était en liberté Octave L. semble avoir été pendant longtemps un excellent ouvrier, spécialiste du travail du bronze. Il a gardé un souvenir très précis de son activité profession-

nelle et reste encore capable de fournir des explications techniques correctes sur les diverses opérations qu'il était amené à faire journellement.

Mais quelques années déjà avant son internement, l'on note une diminution de son rendement social, ainsi qu'en témoigne une lettre de son amie, en date d'Août 1927. Il devient alors nettement antisocial « profère des menaces contre de Hautes personnalités, se livre à des voies de faits contre un soldat américain rencontré dans la rue », sans que ces troubles donnent lieu à des incidents médico-légaux sérieux.

A l'hôpital psychiatrique L. a une activité réduite, mais néanmoins efficace. C'est ainsi qu'il est capable de laver correctement la verrerie employée au laboratoire de chimie où il peut rester seul sans surveillance spéciale. On l'emploie également à faire dans l'hôpital des courses qu'il exécute seul et en témoignant d'un certain degré d'initiative. Néanmoins il est nécessaire de lui indiquer exactement la besogne qu'il doit faire; sans cela il reste des heures couché à terre et perdu, dans un soliloque indéfini. Notons enfin qu'il a parfaitement appris la technique du lavage d'une auto. Au point de vue de son comportement, L. Octave est mal tenu, et il est nécessaire de veiller, à ce qu'il conserve une tenue décente.

Il vit à l'écart de ses camarades, fraye peu avec eux, et à ses moments de liberté se promène toujours seul, de volumineux paquets de journaux sous le bras. Il n'a pas ici de réactions violentes et ne manifeste de l'animosité qu'à une seule personne, Anne-Marie, malade employée depuis peu au laboratoire avec lui. Elle est de nationalité alsacienne et L. l'accuse d'espionnage. Il refuse obstinément de lui adresser la parole, et même de rester dans la pièce où elle se trouve. Bien mieux, il exerce sur elle une surveillance discrète mais continue.

Octave L... ne demande pas sa sortie, mais a dernièrement demandé quelques jours de permission qu'il désirait aller passer avec son amie. Celle-ci s'occupe encore du malade, vient le voir régulièrement. Il lui témoigne d'ailleurs une affection réelle et la reçoit avec plaisir.

L... s'intéresse aussi aux événements internationaux. Il connaît les principaux épisodes de la guerre actuelle et les commente dans le plan de son délire.

OBSERVATION IX.

M. Edmond, âgé de 57 ans. Interné depuis 15 ans, avec le certificat suivant du D^r CLERAMBAULT : « Est atteint d'excitation maniaque, colères et menaces véhémentes envers sa femme et son fils, accusations absurdes de prostitution contre tous les deux. Onirisme nocturne... Fugue d'un an et demi terminée à Nanterre. Exaltation habituelle; copies d'articles politiques. Troubles vaso-moteurs ».

— Antécédents héréditaires inconnus. Aucune maladie importante à signaler dans les antécédents personnels. Aurait eu une instruction primaire. Mais durant toute sa vie notre malade s'est intéressé aux livres d'enseignement de tout ordre, ce qui lui a permis d'acquérir quelques connaissances demeurées cependant très disparates et superficielles.

— Infirmier dans différents Asiles d'aliénés, en particulier à Prémontré, Armentières et à Cermont-de-l'Oise. Fait ensuite la guerre de 1914 avec un séjour de deux ans à Salonique. Marié en 1916 et père d'un enfant décédé à l'âge de 17 ans. Après la guerre, notre malade exerce plusieurs professions comme simple manœuvre et enfin en qualité d'expéditionnaire au Bazar de l'Hôtel-de-Ville pendant près de 4 ans, jusqu'en 1924.

C'est à cette époque que le comportement anormal de notre malade a nécessité son internement par l'intermédiaire de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police.

— Constitution émotive compliquée de quelques facteurs d'ordre paranoïaque.

— Actuellement après une évolution de 15 années à l'Asile de Vaucluse, notre malade se présente sous l'aspect d'un paraphrénique : pensée relâchée, embrouillée, très imagée, à courant rapide, paralogique, près de l'incohérence schizophrénique. Activité délirante imaginative très vive. Expan-

sivité affective, hypersténie. Très bonne adaptation à la vie quotidienne par persistance à côté du délire d'un très grand domaine psychique normal. Aucun signe d'affaiblissement intellectuel.

— L'observation de ce malade se trouve complétée par l'examen du fonds mental tel qu'il est pratiqué à l'Asile Clinique. La plupart des épreuves ont donné des résultats pouvant entrer dans les limites du normal; nous rapporterons ici ceux qui ont trait aux dernières épreuves d'imagination, observation et analyse car ils sont bien caractéristiques de l'état de ce malade.

Epreuve d'imagination.

1°) Imaginer et décrire, en donnant le plus de détails possibles la rencontre de deux rames de Métro.

« Deux circulaires souterrains par mégarde sur la même voie se heurtent au moment même où le train montant se croyait en toute sécurité et le train descendant activait sa marche pour rattraper ce qu'il avait perdu. Les deux contacts se touchent, le retard fut cause de son imprudence et l'arrivée fut cause de méconnaître la distance qui lui était encore à parcourir pour son arrêt ».

2°) Imaginer une phrase contenant deux mots. Porte, Frayeur.

« J'arrive au théâtre poussant légèrement de la main droite, je me vois surpris dans l'effroi me saisit de reconnaître ce que pensée pensait avant d'entrer ».

— Trois mots : Paris, Fortune, Ruisseau.

« Paris ville lumière existe au milieu de ses enceintes, son trésor, sa santé et sa salubrité dont traverse le fleuve dénommé la Seine le grand centre de sa lumière ».

— Quatre mots : Indépendance, Guerre, Commerce, Maladie.

« Chaque pays se protège par une frontière, il fortifie son unité de défense en assurant la grande liberté de son intérieur par le développement de ses assurances de défense l'ouverture de tous les aléas, circulaire et objets assurant tous passagers et n'oubliant pas l'objet de toutes les nécessités des aléas mouvements l'assurance de santé ».

Observation — Analyse.

1°) Décrire en deux minutes un objet usuel : Encrier.

« L'encrier se forme d'un pied, d'un vallon montagneux bordé au sommet d'un sillon dont le creux surmonté d'un petit rocher est l'entretien de sa source à maints services doit contenir ».

2°) Quelle différence y a-t-il entre une chaise, un tabouret et un fauteuil ?

« La chaise est la ligne de position ».

« Un tabouret est la ligne de la direction »

« Un fauteuil est le respect de sa distinction ».

Pour préciser davantage l'état de ce paraprénique, nous allons donner quelques-unes des poésies qu'il a écrites et qui montrent bien son incohérence idéo-verbale se manifestant comme nous l'avons déjà dit par une activité délirante imaginative sous-tendue par une grande expansivité affective.

L'accord.

Mélodie de voix
L'âme s'en glorifie,
Mélodie des sons
Le corps s'en harmonie
Mélodie de l'accord
Image des accents désire,
La voix en est la sagesse intime,
Le son en est le fruit de santé,
Son corps sa volupté,
Ses désirs sont de sourire,
Ses mouvements sont des présents,
Son intimité et sa pensée,
Son symbole en est le toucher,
Son image en est le respect,
De l'âme le baiser.

Noël 1939

Son temps et l'espace;
Son image et de nature,
Son air et pur;
Le 25^e jours de la 12 décades,
Offrent à chaque foyer la
Vitalité née, orner de gloire
Et de lauriers
Offre de lui-même
Le cadeau innocent
De son sourire charmant.

Voilà donc un malade présentant un état paraphrénique typique, évoluant depuis une quinzaine d'années. Le caractère fondamental de cette structure paraphrénique est la superposition de deux mondes, celui du délire et celui de la réalité auquel le malade reste bien adapté par ses capacités psychiques intégralement conservées. C'est ici qu'on parle de bipolarisation de l'activité psychique. Chez notre malade le pôle des valeurs pathologiques se manifeste par la production d'idées délirantes à thème imaginaire, parfois fantastique : il est capable de deviner l'avenir et tire volontiers la bonne aventure à toutes les personnes qu'on lui présente. Mais alors il s'exprime avec une telle incohérence, qu'il est impossible de le suivre et de pénétrer même superficiellement dans ses constructions idéo-verbales.

Par contre, le pôle des valeurs réelles s'étend sur tout un domaine qui pour l'observateur, même averti, ne présente aucune paille. C'est ce qui a valu à notre malade d'être placé dès la première semaine

de son internement dans les quartiers de travailleurs. Rapidement il fut employé dans les bureaux médicaux. Il devint même le malade de confiance du Docteur GÉNIL-PERRIN qui l'employait pour classer la bibliothèque. Il y a quelques années, lors de la création d'un laboratoire à l'Asile de Vauchuse, il s'y installa à demeure et depuis ce temps il est toujours un collaborateur précieux des médecins et des internes. Il manipule les instruments avec un soin minutieux, puisqu'il est chargé de leur entretien ainsi que du fonctionnement d'un stérilisateur et d'un réfrigérateur électrique. Il a à sa portée une quantité assez importante de produits toxiques et dangereux, mais il n'y a jamais eu à déplorer le moindre accident. A ce sujet, le personnel a entièrement confiance en lui.

Ajoutons que le contact direct avec les médecins lui a donné, pourrait-on dire, le goût des choses de la médecine et durant ses heures de repos, s'il n'écrit pas des poésies dans le genre de celles que nous donnons plus haut, il découpe des articles dans différentes revues médicales et les colle sur des cahiers dont il possède une riche collection. Dans le même ordre d'idées, disons qu'il possède une autre collection d'articles très variés prélevés soit dans des revues de mode féminine, soit dans des journaux quotidiens.

Les rapports de ce malade avec l'extérieur sont très réduits : il ne reçoit aucune visite de parents ou d'amis; il semble avoir complètement oublié sa famille. Toutefois notre paraphénique reçoit et lit avec

grand plaisir les journaux du soir et par ce fait se trouve au courant des événements extérieurs et particulièrement de l'état de guerre actuel.

Nous terminerons sur une note curieuse au sujet des idées exprimées par ce malade : il se prend en effet pour un fonctionnaire de l'asile au même titre que le personnel infirmier ou administratif et s'étonne alors, d'une part de ne toucher qu'un maigre pécule et d'autre part, de n'être jamais proposé pour la retraite, étant donné qu'il en a atteint l'âge.

A propos de ces malades, nous trouvons posée la question très intéressante des rapports entre le délire et le monde réel. C'est en somme, l'étude du comportement psycho-sociologique des délirants chroniques à une période assez avancée de leur maladie. Nous nous rapporterons pour cela au mémoire original de J. VIÉ, paru dans les Annales Médico-psychologiques de novembre 1939.

Le comportement global de ces délirants doit être étudié par rapport à trois coordonnées :

— *le monde réel de l'ambiance* qui est la réalité sociale où s'insère et s'intègre et malade;

— *le monde virtuel du délire* qui, avec la coordonnée précédente, conditionne presque toute la vie du délirant;

— *le monde immanent du passé* constituant une sorte de survie, une rumination du passé réduite aux souvenirs de la période précédent l'internement.

On peut alors classer les malades en trois grands groupes :

— suivant qu'ils sont bien intégrés au monde réel dans lequel ils se comportent exactement comme les individus normaux;

— suivant que le comportement est conditionné d'une part avec plus ou moins de réussite par le monde réel et d'autre part par leur monde délirant;

— enfin, suivant que leur vie n'est plus dans sa totalité qu'une formation purement délirante.

Intégration complète à la vie réelle.

Dans un premier groupe, nous trouvons des malades dont le délire est ramené à des proportions plus vraisemblables par l'explication rationnelle qu'ils en donnent. C'est ce que J. VIÉ désigne sous le nom de normalisation du délire. Ces malades ne sont plus à vrai dire des délirants, tellement leurs conceptions délirantes se trouvent réintégrées dans leur existence. Si bien que leur personnalité reste intacte.

D'autres malades à la période terminale de leur maladie semble avoir oublié de nombreux détails de leur délire ou une partie de celui-ci s'estompe avec le désintérêt. C'est la période de retraite et eux-mêmes sont devenus les *retraités du délire* suivant l'expression pittoresque de DIDE et GUIRAUD. On peut dire que ces malades ont enkysté leur délire et qu'ils le porte derrière eux comme un bagage auquel ils ne s'intéressent plus : « Il est trop tard, disent-ils ». Cependant, à certaines occasions, le malade peut remettre en marche le clavier de son délire et à ce

moment intervient *le mécanisme de viscéralisation* qui sert à expliquer le délire en lui donnant un air de raison. Ainsi est le malade de J. VIÉ dont le début de l'histoire a été rapporté par CHASLIN dans sa séméiologie, p. 702, et dont le délire après de nombreuses années, demeure inchangé. Ce malade maintient ses vieux thèmes délirants, mais en soustrait l'élément hallucinatoire et ils les explique en empruntant à la pathologie viscérale les symptômes qu'il ressentait et en parlant, grâce à des connaissances acquises, d'intoxications par l'arsenic, la belladone, la digitaline. D'autre part, ce même malade explique son internement par les défaillances psycho-pathologiques de ceux qui l'ont maintenu à l'asile. C'est *le mécanisme du transfert* de J. VIÉ. Finalement, par ces deux procédés de viscéralisation et de transfert de son délire, le malade en est libéré, sans cependant l'oublier, et cette libération lui permet de se tenir en complète harmonie avec la vie réelle.

Un troisième groupe comprend des malades dont l'intégration est également bonne, parce qu'ils ont refoulé leur thème délirant dont ils conservaient cependant quelques séquelles hallucinatoires (conversation pseudo-hallucinatoire).

Enfin un quatrième groupe de délirants finissent par simplifier leur thème qui se réduit généralement à ses éléments initiaux, lesquels du reste sont plus ou moins normalisés et rétrogradés par disparition des phénomènes hallucinatoires. C'est *l'éloi-*

gnement du délire et la condensation rétroactive de Vié.

Ce sont tous les processus et mécanismes indiqués plus haut qui permettent la réintégration complète du malade à son milieu et celle-ci se fait d'autant plus complètement que le phénomène hallucinatoire tend à disparaître. Par le même fait, les malades de cette catégorie conservent souvent, malgré leur grand âge et leur artériosclérose¹ une capacité sociale. Et ce qui le prouve bien, c'est que VIÉ a pu les étudier en grand nombre à la colonie familiale d'Ainay-le-Château. Ainsi était le vieux délirant qui aidait sa vieille nourricière de plus en plus impotente et qui a fini par en diriger la maison tout en se remettant à faire de la sculpture sur bois².

Vies délirantes dans le monde réel.

Dans cette catégorie, les malades n'ont ni normalisé, ni refoulé, ni réintégré leur délire, lequel continue son évolution avec paroxysmes hallucinatoires. Dans ce cas, la vie du malade paraît partagée entre deux ambiances, le monde délirant et le monde réel. Pour que le malade conserve une partie de ses aptitudes à mener une vie collective, il est soumis plus ou moins au cadre social; et suivant le cas, la vie

(1) VIÉ signale la grande tolérance des vieux délirants pour l'artério-sclérose généralisée et l'hypertension artérielle importante dont les signes subjectifs font souvent défaut.

(2) J. VIÉ et QUÉRON. Productions artistiques des pensionnaires d'Ainay-le-Château. Aesculape, nov. 1933.

sera possible en colonie familiale ou seulement en asile. Cette adaptation aux deux ambiances a donc deux facteurs essentiels : le caractère et le délire. « Le caractère est la source de la vie d'où goutte à goutte coulent les actions, disait Xénon ». Auront donc conservé peu d'aptitudes sociales et devront être éliminés des colonies familiales, les sujets dont le caractère est difficile et dont le délire est en activité, surtout quant aux thèmes de persécution fixés à l'entourage immédiat. Toutefois, J. VIÉ estime que les thèmes altruistes n'éveillant pas de tendances propagandistes, peuvent être placés dans les colonies familiales

Ainsi, VIÉ rapporte l'histoire d'un vieux professeur de violon qui présentait un délire de mégalomanie mystique. Il entretenait avec l'ambiance des relations d'apparence tout à fait normales : il donnait des leçons de violon aux enfants d'Ainay-le-Château, jouait à l'église pour les fêtes, accompagnait les bals et composait même quelques partitions. Ses amis dans la petite ville étaient très nombreux. Et cependant cet homme était toujours un grand délirant avec quelques épisodes hallucinatoires. Mais il avait dominé et transposé son délire dont le thème mystique se réalisait sur le plan social dans un « apostolat de musique et de bonté ».

Un autre malade de VIÉ, comptable et hébraïsant distingué, est également bien adapté aux ambiances, tout en restant un halluciné très actif.

D'autres délirants encore sont adaptés au monde

réel, mais seulement en partie, car leur intégration n'est pas complète et ce sont généralement ces malades qui choisissent le travail comme contre-coup de leur délire, comme refuge. Ce travail peut apparaître comme un dérivatif à l'emprise hallucinatoire ou tout simplement comme un effet de l'appât du gain. C'est dans ce groupe qu'on trouve une partie des malades appelés bourreaux de travail.

C'est ce groupe des vies délirantes dans le monde réel qui correspond à la *scission longitudinale* de Mayer-Gross et de Max Müller, phénomène qui permet à certains malades de ne pas être internés, de vivre en liberté en remplissant les diverses obligations de la vie sociale, tout en conservant leurs idées malades. Voilà ce que remarquait déjà H. COLIN dans son discours présidentiel au Congrès de Besançon en 1923, en parlant de ces persécutés dont « certains ont fait toute la guerre, et se sont brillamment conduits, tout en conservant intact leur délire, tout en attribuant à des influences extérieures les troubles qu'ils ressentaient et qu'ils interprétaient, réalisant ainsi un dédoublement de la personnalité des plus curieux à constater ». Comme l'a fait remarquer M. le Professeur LAIGNEL-LAVATISNE, cette notion de scission longitudinale, a été reconnue intuitivement par VERLAINE qui intitulait « Parallèlement » un de ses recueils de poèmes paru en 1889 et qui précisait ainsi dans sa préface : « « Parallèlement », à Sagesse, Amour et aussi Bonheur qui va suivre et conclure ».

Il faut maintenant en arriver à la troisième catégorie de malades constituant les *vies délirantes dans un monde néoformé*. Elle correspond à notre quatrième cadre que nous avons rangé sous le nom d'activité purement mécanique.

ACTIVITE MECANIQUE

Ce quatrième cadre comprend un nombre de malades assez restreint, heureusement. Il correspond, avons-nous dit, aux *vies délirantes dans un monde néoformé*. Les délirants, ne sont plus du tout insérés dans le monde réel. Ils y mènent une existence qui n'est plus adéquate à l'ambiance et qui nous paraît bien différente de la nôtre. Le délire domine entièrement le comportement du malade et on peut le considérer comme un prisme au travers duquel le psychopathe ne perçoit plus l'ambiance que d'une manière très déformée. Le langage de ces malades souvent incohérent, est rempli de néologismes; les choses et les hommes qui les entourent ont changé de noms et partout le virtuel recouvre le réel. Le primat du délire a réalisé l'homologation des deux vies qui, chez les malades du cadre précédent, étaient encore nettement séparées et ici on ne trouve aucune tentative pour normaliser ce délire à l'aide des processus employés par les malades du cadre précédent.

Le comportement social de ces malades en milieu restreint est très réduit et se résume en une activité purement mécanique, automatique comme le délire lui-même. Ces malades qui sont devenus mentalement des individus inférieurs ne sont plus capables

que d'une activité inférieure également. C'est à eux que s'applique la phrase de Pascal : « Les médiocres sont machines partout ».

Cette activité mécanique est vidée d'idées directives, conscientes et volontaires, tout comme le délire; seules restent les impulsions.

Tels sont les malades qui sont employés dans les asiles pour ce qu'on appelle les corvées. On les voit à heure fixe circulant dans les couloirs, allant et venant en effectuant toujours le même travail, parfois depuis des années. Ce travail est souvent assez simple, n'exigeant aucun effort mental de la part du malade, lequel du reste en serait incapable. Le délire aboutit peu à peu à un affaiblissement vésanique de toutes les facultés et ces malades ne sont plus dangereux, si bien qu'assez souvent on peut utiliser ce qui reste en eux de tendances sociales en leur permettant la vie en colonies familiales ou agricoles.

En voici deux exemples :

OBSERVATION X.

(Malade de la Clinique des maladies mentales).

Professeur LAIGNEL-LAVASTINE.

Edouard F... A fait à la Clinique un premier séjour en 1919; remis très rapidement en liberté. Interné de nouveau en 1921 jusqu'à maintenant sans interruption. Edouard était teinturier avant la guerre de 1914. Il est employé actuellement comme simple travailleur de quartier.

Histoire psychopathique.

Sujet normal jusqu'en 1916, époque où il reçut un choc violent sur le crâne avec perte de connaissance et hémorra-

gies. Il se trouvait à ce moment prisonnier de guerre en Allemagne où il travaillait dans les mines. Après cet accident, il fut privé de tout soin et brutalisé.

C'est à son retour de captivité, que l'on remarque de profondes modifications psychiques :

- indifférence affective à l'égard de sa mère.
- apathie.
- trouble du caractère.
- onirisme nocturne : possibilité d'épilepsie Bravais-Jacksonienne.

Après un passage à Ville-Evrard, il fait son séjour à la Clinique en Octobre 1919 et se présente alors comme un asthénique, indifférent, sans gros affaiblissement intellectuel. Quelques signes de discordance (rires impulsifs), mais surtout hypertension de l'état psychique par la fonction lombaire. Mais cette hypertension et cette amélioration seront transitoires. Edouard sort alors dans des circonstances indéterminées.

Ce malade reste en liberté pendant près de deux ans, mais présente pendant ce laps de temps un comportement antisocial : impulsions (violences contre son amie et sa mère), inactivité complète malgré quelques essais de travail (celui-ci lui paraît étrange et il se fatigue vite), amnésie de fixation.

Au cours du 2^e séjour on note le même tableau clinique qui se complète progressivement en un syndrome d'inertie, de désintérêt, avec comportement bizarre : « gestes stéréotypés, collectionnisme de cailloux », contrastant avec un fond intellectuel à peu près intact.

En 1935, on porte le diagnostic de schizophrénie.

Examen actuel.

Attitude stéréotypée, voix monocorde, inexpressive.

Désintérêt total, indifférence familiale.

Très bonne mémoire d'évocation, mais pas de fixation, probablement par inattention.

Refus devant l'effort intellectuel.

Difficulté d'appréciation des tests.

Comportement.

A l'extérieur, dès son retour de captivité, Edouard F... se

montre tout à fait anormal. C'est ainsi qu'il est incapable non seulement, de diriger son entreprise de teinturerie, mais encore de travailler sans responsabilité, comme ouvrier dans cette spécialité. « Mon travail me paraissait changé; je ne savais plus; je ne pouvais plus le faire ». Il essaie successivement de nombreuses places sans succès.

Vis-à-vis des siens, changement total d'attitude. Désintérêt à l'égard de sa femme (il va coucher chez sa mère, le 1^{er} jour de son arrivée en France et ne songe pas à retourner auprès de sa femme). Puis violences contre sa mère.

A l'hôpital, Edouard F... est employé comme travailleur de quartier. Il est spécialisé dans « la plonge », sait faire des courses, travaille lentement mais régulièrement. Il ne s'intéresse pas à ses camarades, mais reste sociable, rend facilement un service. Lors de la mobilisation générale, il s'est montré très affecté au départ du surveillant général, lui a offert ses vœux, puis plus tard s'adressant au chien de celui-ci : « Ton maître est parti, tu n'as plus de maître. » Ce malade s'intéresse peu aux événements extérieurs et n'a plus aucun rapport avec les siens.

OBSERVATION XI.

(Malade de la Clinique des Maladies mentales).

Professeur LAIGNEL-LAVASTINE.

Maurice P... (dit Zaza). Affaiblissement intellectuel de type schizophrénique. Interné depuis 1922. S'est présenté pendant quelques semaines comme un alcoolique chronique sous le coup d'accidents subaigus. Avant son internement, Maurice exerçait, comme employé de banque les fonctions de comptable. Son service militaire s'est passé correctement. A l'hôpital est employé à la bibliothèque, fait des fiches, classe des volumes, sait trouver un ouvrage, dans l'un quelconque des rayons. Reste seul sans surveillance.

Histoire psychopathique.

Circonstances de l'internement : s'est présenté spontanément.

ment au commissariat, en annonçant qu'il allait mettre le feu à la maison où il travaillait.

Etat mental à l'entrée en Juin 1922 : pendant 9 mois offre un tableau d'alcoolisme subaigu : anxiété, réactions pantophobiques, onirisme sur fond d'alcoolisme chronique. Présente des stigmates physiques d'éthylisme.

Evolution des troubles : dès le 9 août 1922, l'on note un état de stupeur avec gâtisme et signes de discordance. Cet état subsistera sans changement pendant 3 ans, jusqu'à 1925. A cette date de cessation de l'état stuporeux, mais persistance d'un affaiblissement intellectuel de type schizophrénique. Au dossier, on trouve les résultats d'un interrogatoire par écrit :

— Troubles du graphisme; puérilisme des réponses, incohérence parfois complète. Idées délirantes de grandeur, imprégnées de réminiscences historiques.

D. — Quelle est votre profession ?

R. — Je suis gardien de la maison de la gourmandise.

D. — Depuis quand êtes-vous ici ?

R. — Je suis ici sous plusieurs noms, tantôt Rollon, duc de Normandie, pour ne pas oublier Tancrede. Aujourd'hui, je suis Charlemagne et je devrais écrire sur des plaques de cire, dans le Palais des Termes.

D. — Quel genre de travail faites-vous ?

R. — Je pense aux prunes de Monsieur Frère du Roi.

Etat actuel.

L'activité délirante semble très affaiblie et maintenant ressortent mieux les troubles primaires de type schizophrénique. Association lâches, troubles de l'attention, pensée abstraite, incomplète, floue. Lenteur de l'idéation, ambivalence.

Indifférence affective. A noter le mutisme invincible avec mussitation Za-Za-Za... qui s'installe dès que l'on interroge le malade sur sa vie passée en dehors de l'hôpital.

Modalités du comportement.

A l'extérieur, Maurice P... semble avoir été un comptable consciencieux pendant plusieurs années. Pas d'incidents médico-légaux, mais éthylisme certain, déjà sensible au moment du service militaire. A l'hôpital psychiatrique, Maurice

est employé à la bibliothèque depuis un certain nombre d'années. Il s'y rend seul, en revient seul, et remet à ce moment les clefs à la concierge de l'hôpital. Fait de menus travaux d'écriture, connaît bien le classement des volumes, sait les donner, puis les remettre à leur place. Il est capable de se servir d'un fichier, de reconnaître les visiteurs, de s'assurer qu'il ne reste personne au moment de son départ de la bibliothèque.

Ne fait aucun travail personnel.

Maurice n'a aucune relation avec ses camarades, lit toujours le journal, isolé dans un coin de la salle de réunion. Il connaît les événements importants de date récente, et savait en particulier ce qu'était le Graf Spee.

Maurice P... n'a plus aucune relation avec son milieu familial et manifeste une indifférence totale vis-à-vis des siens.

Après l'exposé de ces différents types de malades, il est intéressant de faire une étude plus générale des nombreuses modalités de la néo-sociabilité des aliénés. Pour cela, il nous faut envisager l'activité des psychopathes en milieu défini. Or, un point important a été bien mis en évidence par P. JANET, c'est que les activités sociales sont déclenchées par les occupations ou encore que les occupations qualifient les activités. En somme, la modalité de l'activité variant avec l'occupation, c'est l'étude de cette dernière qui est importante à faire aussi chez l'aliéné que chez l'individu normal.

Quelques processus généraux vont s'intriquer dans le cadre de la néo-sociabilité pour amener par une sorte *d'affinité élective*, la réunion de certains malades entre eux pour former de petits groupes com-

parables par plusieurs points à un groupe social normal. D'abord les psychopathes s'unissent naturellement, puisqu'ils ont renouvelé ou plus ou moins conservé leur instinct social, fondé d'une part sur le besoin du prochain et, d'autre part, sur la réciprocité des services. Ensuite le niveau mental va tendre à établir une certaine communication entre les malades. Puis, dans quelques cas, le principe de la recherche du complément va être à l'origine du rapprochement des psychopathes. La concordance harmonieuse du rythme vital de certains malades entre eux, va également leur permettre de se suivre et de se comprendre. Les caractères, plus ou moins compatibles, seront encore à l'origine de quelques rapprochements. Enfin, le phénomène de l'imitation sera dans certains cas la cause première de quelques manifestations de sociabilité.

Le niveau mental, avons-nous dit, est un facteur important dans le rapprochement des malades. Il est simple de comprendre que le délirant lucide ne s'unit pas au dément ou au débile. De même, on voit souvent les débiles ensemble. Nous avons connus deux malades délirants hallucinés, tous les deux anciens agents de police et qui passaient les longues heures de leurs journées à parler de leurs professions d'autrefois en se racontant mutuellement leurs souvenirs. On rencontre aussi dans les cours des asiles de petits groupes de malades ayant exercé avant leur internement la même profession et qui prennent plaisir dans leur compagnie réciproque.

Le principe de la recherche du complément chez les aliénés se rencontre fréquemment. JANET n'a-t-il pas parlé du mariage des psychasthéniques entre eux ? Ce sont en somme les convenances réciproques qui favorisent ces associations que l'on peut comparer aux phénomènes de symbiose très fréquent dans le règne animal et le règne végétal. Les aptitudes et les tendances de certains individus, quoique différentes et opposées, les rapprochent entre eux si elles se complètent mutuellement. Comme le fait remarquer E. CLAPARÈDE dans ce genre d'associations, la compréhension mutuelle est loin d'être nécessaire et les âmes comme les corps ne s'accordent que pour autant qu'ils sont complémentaires. A l'exemple de ce qui se passe dans la vie normale, nous rencontrons souvent des aliénés qui loin de se comprendre, s'accordent pourtant parfaitement. Du reste, c'est une loi des asiles qui veut que les malades vivent chaque jour coude à coude sans se comprendre ou avoir jamais essayé de se comprendre tout en s'accordant malgré tout. Ce mode d'association complémentaire fait penser à la fable de l'aveugle et du paralytique et à ce sujet nous connaissons dans notre service deux malades qui en sont un assez bon exemple.

L'un de ces malades, âgé de 60 ans, est un débile mental, déséquilibré, interné il y a de nombreuses années parce qu'il présentait fréquemment de dangereuses réactions antisociales liées à un caractère très irritable et à un état obsessionnel le poussant à l'homicide, le tout nettement exagéré par des

habitudes d'éthylisme. Ce malade est d'autre part atteint d'une cypho-lordose très accentuée, qui lui occasionne des troubles parétiques des membres inférieurs, avec difficulté de la marche. Enfin il est porteur d'une double cataracte depuis quelques années. Il est devenu beaucoup plus calme et son comportement est bien amélioré si l'on excepte les petites périodes de colère, qui éclatent de temps en temps. Mais sa vie est très réduite et il ne livre à aucune occupation, ce qui lui est interdit surtout par son impotence des membres inférieurs.

Le second malade, plus vieux âgé de 72 ans, est entré à l'asile pour un état d'involution sénile, avec artériosclérose, hypertension, clangor-aortique, compliqué d'idées de persécution avec hallucinations auditives et excitation. Ce vieillard est actuellement condamné à rester au lit par un état général très déficient, et des troubles vésicaux de rétention.

Depuis déjà plusieurs mois, au moment de la visite médicale, nous trouvons tous les jours notre premier malade aveugle, qui se traîne péniblement près du lit de son camarade et là commence la lecture du journal quotidien. L'aveugle se penche tout près de l'autre qui lui lit la plupart des articles en y ajoutant quelques commentaires. Et tous deux discutent alors des derniers événements. Ce moment de la journée est certainement pour eux une des plus agréables et depuis longtemps ils n'y manquent jamais.

Nous avons connu, d'autre part, une autre association très curieuse de deux grands malades d'asile. L'un était un dément précoce, à forme banale hébéphrénique, qui prenait un soin attentif et maternel, de son voisin de lit qui était un jeune encéphalitique parkinsonien, incapable de sortir de son lit, de faire

sa toilette et de manger seul. Souvent nous assistâmes entre ces deux malades à des scènes vraiment touchantes, où le parkinsonien manifestait sa reconnaissance à l'autre par le seul éclat de ses grands yeux brillants. L'infirme vint à mourir, à partir de ce jour notre dément précoce sembla précipiter son évolution, pour aboutir rapidement à un véritable état démentiel.

De même, VIÉ rapporte le cas d'un grand hypochondriaque longtemps alité, qui retrouva une certaine activité professionnelle pour soigner, laver, faire manger un camarade encéphalitique, et le cas d'un aveugle accordéoniste qui est amené tous les jours à la Colonie d'Ainay par un imbécile hémiplegique, les deux infortunés réalisant sans s'en douter « le duo pathétique de la fable ».

Le rythme de la vie très variable avec les individus pourra les rapprocher lorsqu'il aura tendance à s'égaliser chez les uns et chez les autres. Il est incontestable que deux activités réglées sur le même rythme, tout en étant différentes, permettent aux individus de se suivre. Deux activités également rythmées peuvent d'autre part s'unir pour contribuer finalement à une production harmonieuse à la fois en qualité et en quantité. Cette loi du rythme si naturelle dans le milieu normal continue à jouer dans le milieu restreint où vit l'aliéné. On voit ainsi des psychopathes qui, déroutés un instant par le rythme de la vie à l'asile s'y adaptent rapidement pour leur plus grand bien et c'est là justement un des points

les plus intéressants du traitement par le séjour à l'asile qui tend à accélérer ou au contraire à ralentir pour le remettre au point le rythme vital perturbé par la maladie.

Il est enfin nécessaire de tenir compte du *caractère* de l'individu pour juger de son degré de sociabilité. Il en est de même chez l'aliéné dans le cadre de la néo-sociabilité. Certains psychopathes, par leurs tendances impulsives, leurs inclinations à la violence, déroutent leur entourage. Leur caractère plus ou moins modifié par la maladie aura été un facteur essentiel de leur internement; à l'asile il sera encore la cause de leur isolement. Les autres malades les évitent pour fréquenter plutôt des voisins de caractère plus doux, moins changeant, plus stable. D'autre part, à l'asile comme dans tout milieu social, on voit les individus de caractère faible devenir une proie facile pour les autres qui en font rapidement des victimes.

En résumé, les différents facteurs que nous venons d'énumérer se retrouvent aussi bien dans le milieu restreint de l'asile que dans le grand cadre social; leur importance y est la même dans le phénomène de l'affinité élective. Ajoutons cependant qu'on observe parfois un phénomène de *pseudo-sociabilité* par imitation sans affinité élective. Il est alors le fait de certains débiles et quelques déments précoces qui sont entraînés à singer les individus normaux.

Etudions maintenant les diverses modalités ou manifestations de néo-sociabilité les plus fréquentes :

— *manifestations en rapport avec l'entretien de soi-même.* Si de nombreux aliénés manquent de soins pour leur propre personne, nombreux sont également ceux qui ont conservé toutes les habitudes d'hygiène. Et dans les quartiers de travailleurs en particulier, c'est un spectacle très réconfortant que de voir ces malades au retour du travail, se livrer à des soins de toilettes toujours corrects, parfois raffinés. La question du vêtement porte également la marque de son origine sociale, puisqu'à l'intérieur de l'asile le costume est uniforme. Toutefois, les initiatives individuelles sont permises, elles sont alors à l'origine d'agréables variantes dans le façon de s'habiller, sans parler de certaines tenues excentriques dont aiment à se parer quelques maniaques et certains paralytiques généraux. Il existe dans tous les asiles des malades qui ont l'habitude de conserver constamment avec eux un paquet qu'ils portent précieusement sous le bras et dont ils ne se défont en aucune circonstance. Cette coutume est surtout fréquente dans les quartiers de femmes. Ces malades portent avec elles leurs objets de toilette, des livres et généralement tout un dossier composé de lettres de journaux de toutes sortes. Les paquets font ainsi partie de l'uniforme, et ils constituent une coutume assez curieuse digne d'être notée.

— *manifestations de formalisme.* La discipline établit à l'intérieur de l'asile un certain calme, témoignage de l'analogie de ce milieu avec les autres groupes sociaux. Pour le visiteur, cette discipline est

souvent frappante et elle contribue à donner de nos asiles une impression bien différente de celle qui se dégage en particulier du tableau de la Maison des Fous de Goya que l'on a pu admirer à l'exposition de 1912 et dont le Prof. LAIGNEL-LAVASTINE a donné une reproduction dans un de ses livres paru en 1928. On y voit entassés, pêle-mêle, de grand agités et des stuporeux, ainsi que toutes sortes de délirants avec idées de grandeur, idées mystiques et idées d'auto-accusation. L'ensemble du tableau est d'une admirable précision et il est incontestable que Goya a su rendre avec vigueur et exactitude ce que pouvait être autrefois la vie de ces malheureux dans des prisons, mais combien différente, heureusement, de celle d'aujourd'hui.

Les marques de politesse sont loin d'être disparues des relations des aliénés entre eux ou avec leur entourage. Les médecins connaissent bien les nombreux saluts auxquels ils ont à répondre tout au long d'une visite. Et la majorité des malades d'asile qui y entrent malpolis, hautains, se met d'emblée à l'unisson au contact des autres malades et surtout si l'on a la précaution d'employer à leur égard le ton poli habituel à la conversation. Ce devoir est celui du médecin et du personnel hospitalier.

On trouve aussi très souvent des manifestaions plus ou moins résiduelles d'urbanité chez des malades aimables, parfois très courtois, pouvant aller jusqu'aux manifestations de sympathie ou même de sympsychie. Ainsi, à l'occasion de certaines fêtes,

on voit certains malades se congratuler au cours de petites réunions. Tel est le malade, objet de notre observation n° IX, qui a l'habitude d'écrire des poésies, qu'il offre ou récite à ses camarades au moment des principales fêtes de l'année.

On a vu également des malades offrir des fleurs à l'occasion du départ ou du décès d'un de leurs camarades ou même d'un de leurs médecins. Certains groupement de malades peuvent avoir pour cause un même plaisir pris en commun. Tel est le groupe musical de la colonie d'Ainay-le-Château dont VIÉ nous raconte l'histoire dans un article paru dans l'Aliéniste. Ce groupe est dirigé par un ancien chef d'orchestre de théâtres parisiens, vieux délirant, entrant dans ce que VIÉ appelle le groupe des vies délirantes dans le monde réel dont nous avons déjà parlé. On y trouvait encore un déséquilibre hypochondriaque, chanteur et guitariste, un accordéoniste aveugle, un mandoliniste, et un autre violoniste très sentimental, délirant paranoïde.

G. DUMAS a rapporté en 1909 l'histoire d'un psychopathe qui avait fondé à l'asile une société appelée Société amicale des Aliénés à laquelle était attaché un journal paraissant régulièrement. Les jeux sous différentes formes, échecs, dames, cartes, et aussi jeux de plein air, commencent à être organisés dans la plupart des asiles. On y voit même apparaître de petites industries et commerces que les malades exercent entre eux, prouvant que l'esprit de mercantilisme est toujours vivant chez eux. Ce der-

nier mode d'activité est surtout possible lorsque le milieu de l'asile est moins restreint, comme dans certains asiles de provinces, ou dans les colonies familiales. Et ce sont surtout dans les villes-asiles de Belgique que les malades peuvent ainsi exercer leurs petits commerces.

Mais la manifestation la plus importante de néo-sociabilité à l'intérieur de l'asile se trouve naturellement représentée par le travail des aliénés sous toutes ses formes. Ce n'est pas notre intention de refaire l'histoire de l'organisation du travail depuis PINEL jusqu'aux différentes créations faites en Belgique, Hollande, Suisse et Allemagne. Cette longue suite d'efforts a finalement abouti au développement dans nos asiles de l'habitude à faire travailler les aliénés. Actuellement, le nombre de travailleurs dans les différents établissements est souvent l'objet de statistiques. Une étude intéressante à ce sujet est celle de J. MANS qui s'est adressé aux directeurs et médecins-chefs de tous les asiles de France pour dresser un tableau du nombre et du pourcentage de malades travaillant dans les ateliers ou dans les fermes agricoles annexées aux établissements. Il résulte de cette étude que le pourcentage moyen des travailleurs aliénés par rapport à la population globale des asiles est de 24,8 % en 1937 avec les chiffres extrêmes de 3 à 4 % et 100 %. Le pourcentage le plus grand se rencontrent dans les colonies familiales du département de la Seine, comme Ainay-le-Château, Dun-sur-Auron et la colonie agricole de Chezal-

Benoît. Les travaux auxquels sont occupés les malades sont très divers : couture, tricotage, reliure, cordonnerie, jardinage, etc... D'autres malades sont employés pour des travaux plus durs, soit dans les fermes annexées aux asiles, soit pour les transports ou encore pour l'entretien des chemins à travers l'établissement. Il est de même habituel d'employer quelques aliénés au service des fonctionnaires et des médecins des Asiles, ainsi que dans les bureaux médicaux et administratifs. Il y a quelques années, la question des aliénés au service du personnel des asiles était à l'ordre du jour et on parlait de supprimer ces coutumes, à ce sujet le Dr Th. SIMON terminait de la façon suivante un de ses articles paru dans les Annales médico-psychologiques en 1923 : « On se sera rendu compte, je pense, à quel point la formule « au service de... » rend mal les rapports qui existent entre ces malades et les fonctionnaires qui les emploient. Alors, est-ce bien ces fonctionnaires qui perdraient le plus à la suppression de ces coutumes ? L'arriéré et l'aliéné ne sont, de loin, ni sympathiques ni aimés. Il faut les approcher pour apprécier leurs qualités sous leurs terribles défauts de caractère. Enlever une occasion de le pouvoir faire et, si l'on veut même, un mobile qui y incline, est à leur égard une action néfaste. Comme fonctionnaires, peut-être, serons-nous tenus de rompre avec ces traditions de nos maisons; comme aliénistes et comme hommes, nous ne pourrions que le regretter ».

La question des catégories d'aliénés susceptibles de

pouvoir être occupés à différents travaux a été, elle aussi, plusieurs fois l'objet de nombreuses publications. On s'est surtout attaché à étudier le problème en envisageant les maladies, c'est-à-dire en cherchant les compatibilités entre le travail et la démence précoce, la psychose maniaco-dépressive, les délires chroniques, l'épilepsie, etc... Mais il en est autrement en pratique et dans la plupart des cas c'est le caractère de l'individu plus que sa maladie qui permet de l'employer. C'est ce qui fait que l'on trouve des travailleurs dans toutes les catégories de maladies mentales.

TROISIEME PARTIE

INTERET MEDICAL ET THERAPEUTIQUE DE LA NEO-SOCIABILITE

De la notion de néo-sociabilité et de l'existence incontestable chez les aliénés de facultés et tendances leur conservant encore une certaine valeur sociale, du moins en milieu restreint, découlent d'importantes conséquences pratiques d'ordre thérapeutique et hygiénique. Nous envisagerons donc la question sous deux aspects, l'un médical et thérapeutique, l'autre d'hygiène mentale et d'ordre plus psychologique. De nombreux auteurs ont plusieurs fois abordé cette étude pleine d'intérêt et elle était encore à l'ordre du jour à la V^e Réunion Européenne d'Hygiène mentale, à Munich, en 1938. Il y a bien longtemps que l'efficacité thérapeutique du travail sur les maladies mentales est connue et parmi les défenseurs de l'ergothérapie figurent les plus illustres psychiatres, PINEL, ESQUIROL, FERRUS, PARCHAPPE et parmi les étrangers CHIARUGI, TÜKE, REIL, JAKOBI, NEUMAUN. Maintenant, il n'est pas un médecin des asiles, qui ne soit convaincu de l'heureuse influence d'une occupation ré-

gulière sur le cours des névroses et psychoses. Hermann SIMON, de Gütersloh, est un de ceux qui furent les premiers à proclamer explicitement, que l'application au travail est le meilleur moyen psychothérapeutique pour la guérison des maladies mentales et à étendre systématiquement et rationnellement cette méthode à toutes les maladies mentales sans exception. Il vit là un moyen de sortir de cette inactivité thérapeutique qui était autrefois la règle.

D'après SIMON, l'ergothérapie est une thérapeutique psychique qui n'est pas isolée mais fait partie d'un ensemble psycho-thérapeutique plus vaste et plus complet que lui-même a appelé la « thérapeutique plus active » et qui s'adresse dans son ensemble aux trois maux menaçant les malades mentaux à l'intérieur de l'asile : l'inaction, l'ambiance défavorable, le préjugé d'irresponsabilité. SIMON, comme on le voit, tient donc les malades comme responsables à l'intérieur de l'hôpital de leurs faits et de leurs gestes comme s'ils n'étaient pas atteints de maladie mentale. Ensuite, il néglige systématiquement la partie morbide du psychisme du malade pour s'attaquer seulement à la portion saine en la développant et la fortifiant. Il estime d'autre part que certaines manifestations, en particulier celles ayant un caractère antisocial, conditionnées par l'ambiance et en rapport avec la personnalité pré-morbide de l'aliéné, peuvent être facilement influencées par l'ergothérapie. SIMON pense enfin que la psychologie de l'aliéné, surtout sous sa forme antisociale, est analogue à la

psychologie d'un enfant et qu'en conséquence on doit adopter dans le traitement une méthode pédagogique. Partant de ces principes, l'auteur allemand estime que l'idéal à atteindre est de faire travailler tous les malades qui entrent à l'asile sans exception.

Les théories de SIMON et leur mise en pratique sont certainement trop rigides et trop schématiques. La thérapeutique par le travail n'est pas possible aussi souvent qu'il le pense, d'autre part ses résultats ne sont pas toujours parfaits, c'est qu'en effet ce mode de traitement n'est pas une cure étiologique, mais seulement une cure symptomatique, si bien qu'il n'est pas toujours possible d'espérer la guérison de la maladie elle-même. D'autre part, borner les traitements des aliénés à l'ergothérapie paraît nettement insuffisant et comme le disait autrefois LAUTIER, la thérapeutique psychiatrique demande plus de variété.

Il est cependant incontestable que ce mode de traitement n'est pas d'une importance médiocre. Son action est réelle et assez complexe. Le travail régulier atténue en effet bien des symptômes psychopatiques, apaise l'agitation en la dérivant sur un but utile, distrait le malade des phénomènes morbides qui l'assaillent, et l'habitue à la discipline. Par le travail surtout se trouve maintenu le contact avec la réalité et on voit combien ce point est intéressant, car on sait que l'orientation et le contact avec l'ambiance sont intimement liés au besoin fondamental d'activité. Ainsi chez un schizophrène les diverses occupations contribuent fortement à empêcher les progrès de l'au-

tisme et même dans les cas graves à évolution progressive et inéluctable, le travail entretient longtemps certains automatismes utiles dans lesquels on peut retrouver quelques traits de l'ancienne personnalité. En mettant l'aliéné en rapport avec les autres malades, le travail le rend sociable ou contribue à développer chez lui les tendances de néo-sociabilité qui persistent toujours. C'est ainsi qu'on voit se maintenir chez ces malades le sentiment de la dignité personnelle, l'amour-propre, l'émulation, la satisfaction du travail accompli, l'initiative, le sentiment de leur propre responsabilité, mais aussi certains sentiments plus bas, comme la jalousie et l'esprit de castes. En effet, ces malades conservent la notion de la hiérarchie du travail et de l'échelle des valeurs de celui-ci, si bien que l'aliéné employé dans les bureaux médicaux ou au service des médecins et du personnel administratif aura souvent tendances à mépriser celui qui n'a qu'un travail banal d'entretien des couloirs de l'asile par exemple. Ce mode de comportement est très fréquent, il est incontestable qu'il existe une rivalité parfois sournoise des malades entre eux.

Si l'influence du travail sur la personnalité du malade est très précieuse pour sa guérison ou pour son maintien à un niveau stable, elle ne l'est pas moins pour la tenue et la bonne marche générale de l'établissement dont l'ambiance s'améliore et qui se trouve, par ce fait, soumis aux lois de l'ordre, du calme, de la discipline. A cela il faut ajouter l'augmentation du nombre de malades guéris qui quittent

l'asile, les avantages économiques produits par le travail des malades, la diminution de la consommation des produits pharmaceutiques, la réduction du nombre des infirmiers. C'est surtout de ces dernières notions qu'est sorti l'idée déjà ancienne de la création des fermes-asiles dont une des réalisations est due à FERRUS qui obtint l'envoi des aliénés de Bicêtre à la ferme Sainte-Anne. Plus tard, BELLOC, d'Alençon soutenait les mêmes idées dans son livre paru en 1862 : « Les asiles d'aliénés transformés en centres d'exploitation rurale, moyen d'exonérer, en tout ou en partie, les départements des dépenses qu'ils font pour leurs aliénés, en augmentant le bien-être de ces malades et en les rapprochant des conditions d'existence de l'homme en société ». Il n'est pas envisagé bien entendu de transformer les asiles d'aliénés en usines, cela du reste serait impossible et puis il se poserait la question de la concurrence à la main-d'œuvre normale. Ce qui a déjà été étudié par AMELINE dans un intéressant rapport en 1925 et plus récemment par J. VIÉ quant aux répercussions économiques des travaux et occupations des pensionnaires de colonies familiales sur la vie locale.

Lorsqu'on compare la thérapeutique par le travail avec les autres procédés de traitements actuellement en usage, on voit que leurs applications à l'origine sont différentes. Il est d'abord du devoir du psychiatre de soumettre à la malariathérapie tous les cas de paralysie générale progressive et aux méthodes de chocs (insuline, cardiazol, etc...) tous ceux de schi-

zophrénie sitôt que le diagnostic est fait de manière certaine. Et ce n'est qu'en second lieu que l'ergothérapie entre en action pour traiter tous les cas dans lesquels les traitements physiques précédents ont échoué en totalité ou en partie. Ainsi de nombreux médecins pensent qu'il est capital pour le schizophrène qui se trouve le matin sous le choc de l'insuline, de venir l'après-midi à la thérapeutique d'occupation qui va permettre de profiter du relâchement d'un esprit plus accessible pour y pénétrer et le modifier.

En somme, on doit convenir qu'actuellement la thérapeutique d'occupation n'est plus la seule à employer dans les hôpitaux psychiatriques, mais elle n'en a pas moins une place de grande importance comme complément des traitements plus récents ou comme succédanés de ceux-ci lorsqu'ils ont échoué.

Quant à la forme d'assistance psychiatrique extra-hospitalière, celle qui est pratiquée dans les colonies familiales, elle apparaît comme une forme spéciale de la thérapeutique par le travail. Il faut rappeler toutefois que dans les colonies familiales du département de la Seine par exemple, les pensionnaires ne sont astreints par le règlement à aucun travail. Mais comme le fait remarquer J. VIÉ, l'immense majorité des malades valides s'occupe.

On s'est souvent demandé par quel mécanisme l'occupation régulière peut avoir une influence thérapeutique favorable sur les troubles psychiques. Dans son rapport à la réunion d'hygiène mentale de 1938, Kurt

BERINGER estime qu'à priori il peut exister trois possibilités d'un effet thérapeutique : 1) la thérapeutique d'occupation obtient un effet par suite de l'augmentation du changement de substance dont est accompagnée toute occupation corporelle, donc par la voie physiologique; 2) l'effet thérapeutique du travail est dans le domaine psychologique; 3) des processus psychologiques et des processus physiologiques coopèrent. L'auteur estime que les effets psychologiques sont plus importants et qu'il existe deux voies pour influencer psychologiquement le malade par le travail.

1°) Possibilités générales. — L'arrangement d'une thérapeutique d'occupation correcte et bien suivie modifie fondamentalement la structure et le rythme d'un établissement et en même temps la façon de vivre de ses malades.

2°) Possibilités spéciales. — Elles s'adaptent à la forme de dérangement psychique dans un certain cas, lequel attaque pour ainsi dire la thérapeutique d'occupation.

BERINGER insiste d'abord sur les conditions générales psychologiques dans lesquelles vit l'aliéné sans occupation et surtout sur les effets psychologiques défavorables dus au fait que le malade est interné contre sa volonté et maintenu de force. Et de plus, si on le laisse dans l'inactivité, celle-ci va favoriser l'abandon aux expériences psychiques qui vont devenir l'objet d'une observation de soi-même et forment de nouveau le commencement de bien d'autres symptômes

secondaires, surtout si le malade est sous l'influence de médicaments calmants. Il en résulte que le malade est encore plus inaccessible à l'influence que veut exercer sur lui le médecin. Le but à atteindre est donc d'adapter le plus possible aux conditions de vie normale les conditions de vie anormale du malade en s'adressant aux côtés sains et influençables de l'individu, en tirant tout ce qu'il y a de capacités et d'intérêts en eux et en les dirigeant. Et ceci n'est possible que par la thérapeutique d'occupation. De cette façon la monotonie est rompue, de nouveaux intérêts s'éveillent, de nouveaux devoirs sont entrepris, de nouveaux buts visés.

Placer un malade dans un groupe de travailleurs lui prouve qu'on attend de lui un certain rendement, qu'on ne le considère pas comme un sujet inutile et qu'en somme il a des droits et des devoirs comme toute personne saine. Un sentiment de confiance en soi-même se développera, renforçant finalement la conscience qu'a le malade de sa propre personnalité. Et finalement en dépit de l'internement continu, la propre existence est ainsi libérée d'un but absolu improductif. Elle devient de nouveau une vie qui a toute sa raison d'être, positive et ayant un but précis.

Du point de vue psychologique, on connaît les effets généraux favorables, que produit sur l'organisme un travail augmentant les échanges physico-chimiques comme par exemple, une meilleure digestion, une augmentation de l'appétit, un sommeil plus calme, un sentiment d'euphorie, de bien-être physique intensifié.

Le travail musculaire crée un sympathico-tonus par expulsion d'adrénaline, augmentation de la masse sanguine, mobilisation du glucose, apparition d'acidose, et amène ainsi un renversement végétatif des réactions de l'organisme. Kurt BERINGER considère ce phénomène biologique comme très important dans le traitement des schizophrènes chez lesquels, dit-il, prédomine la constitution vagotonique avec inclination à l'hypoglycémie, petite consommation d'oxygène avec alcalose, c'est-à-dire le complexe appelé par JAHN « asthénie d'échange de substance ».

Au terme de ce chapitre nous avons, sans doute, répété des vérités premières, mais pour évidentes qu'elles soient, nous avons pensé qu'elles sont toujours bonnes à répéter. L'intérêt médical et thérapeutique de la méthode par le travail à l'intérieur des asiles est d'une portée immense, tant au point de vue pratique par les résultats obtenus, qu'au point de vue plus théorique par les problèmes psychologiques et sociologiques qu'il soulève.

C'est de ces derniers cas, déjà plus ou moins abordés depuis le début de notre étude dont nous allons nous occuper maintenant.

QUATRIEME PARTIE

VALEUR PSYCHOLOGIQUE ET CONSEQUENCES SOCIOLOGIQUES DE LA NEO-SOCIABILITE DES ALIENES

Il est intéressant d'exposer d'abord quelques réflexions d'ordre psychologique à propos de l'activité intellectuelle des aliénés, telle qu'elle se manifeste à l'intérieur des Asiles.

Dans certains cas cette activité, dans ses résultats, est totalement indifférente au genre de psychose dont est atteint le malade. La maladie apparaît alors comme sans action sur la production intellectuelle de l'aliéné. Chez d'autres psychopathes, cette production se ressent au contraire nettement du caractère de la maladie mentale et s'en trouve par ce fait plus ou moins nettement modifiée.

Ainsi dans un de ses cours, le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE présentait un malade de la Clinique Ste-Anne, ancien serrurier, doué de qualités artistiques intéressantes, et qui continue à l'Asile d'exercer son ancien métier. Mais à côté de cette activité professionnelle, s'est épanoui une activité artistique, abou-

tissant à des œuvres de conception et de réalisation normale. Cette activité jusque-là latente pour ainsi dire, ne pouvait pas se donner libre cours avec facilité, car les difficultés de la vie éprouvées par le malade lorsqu'il était en liberté ne lui permettaient pas de se livrer à telles occupations.

Une fois à l'asile, débarrassé de multiples soucis et en particulier de la nécessité d'assurer son existence en trouvant de quoi se loger et se nourrir, ce malade s'est mis à exercer son art plus librement en fabriquant de nombreux bibelots en bois sculpté, représentant des serpents, des oiseaux, des insectes, le tout d'une facture très agréable et à travers lesquels n'apparaît en aucune façon l'influence de son délire.

Par contre, un autre malade de Ste-Anne a présenté une bouffée délirante polymorphe au cours de laquelle il façonnait des gris-gris pour se préserver de ses persécuteurs et pour faire échec à leur envoûtement, car il était soumis à toutes les pratiques classiques de ce genre de persécution. Ici, l'activité artistique se rattache directement à la maladie et fait même partie intégrante de la symptomatologie du délire. Voici l'observation de ce malade :

OBSERVATION XII.

(Malade de la Clinique Ste-Anne).

Charles Tr... Malade interné du 11 juillet 1938 au 21 octobre de la même année, pour une bouffée délirante polymorphe sur un fonds de débilité mentale assez accusée.

Traité par le cardiazol et est sorti amélioré. A fabriqué au cours de son séjour des animaux, des fétiches, dont la signification est étroitement liée au thème délirant. Ce malade avant son internement était employé d'abord dans la culture, puis dans un magasin à Paris : maison du Livre Français où il travaillait comme emballeur. Il a fait son service militaire dans l'infanterie coloniale. Avant son internement, il avait déjà fabriqué quelques « amulettes ».

Histoire psychopathique :

Le malade est présenté au commissariat de police pour demander protection. Il est en effet persécuté par son frère et par les deux tantès de sa femme. Charles Tr. entend des injures; il voit des spectres; il est incommodé par des odeurs de pourritures. On veut lui imposer des actes répréhensibles, mais il a toujours « compris les choses spirituelles et sait se protéger efficacement ». C'est ainsi qu'il exhibe au commissariat un poignard en bois, béni et purifié.

Dans le service, il montre un spécimen de « gris-gris » qu'il façonnait pour se préserver de ses persécuteurs : un crocodile en bois. Il fait ainsi échec à l'envoûtement et aux pratiques classiques dont il est l'objet. On fabrique des poupées à sa ressemblance, poupées faites avec de la cire, à laquelle on mélange des cheveux et des rognures d'ongles. Si les magiciens brûlent le talon de son effigie, il ressent immédiatement à distance une brûlure au talon. Il a à sa disposition de multiples moyens de défense dont les plus efficaces sont les objets en bois.

Voici la liste de ses talismans :

- la dagyde : poupée de protection, est une statuette creuse, remplie de cire.
- le poignard qui doit être maintenu pendant quelques instants, dans la fumée de l'encens.
- et enfin des animaux variés.

Fond mental :

Charles Tr. est un débile, crédule et orgueilleux. Il se croit fort intelligent, et comme il le dit, capable d'apprendre tout seul, tous les secrets concernant les choses spirituelles. Il a

lu les écrits fort convaincants, dit-il, d'Arnaud DE VILLE-NEUVE, et du R. Père SABAZOUS.

Notons enfin que ce malade a une très lourde hérédité psychopathique, et que sa mère en particulier fut internée plusieurs fois pour délire mystique, sa sœur, elle est morte à l'asile de Niort.

Traité par le cardiazol, Charles « sentit un renouveau », Il rectifie partiellement son délire et sort de l'asile, amélioré.

Voilà un exemple typique d'activité artistique en fonction directe de l'état morbide.

Entre ces deux cas extrêmes bien différents existent tous les intermédiaires. Tantôt on note seulement une activité artistique résiduelle se traduisant surtout par des œuvres très fouillées dans leurs détails, mais sans valeur d'ensemble. L'artiste est incapable de s'appliquer dans un but de synthèse, et ses efforts se dispersent sans résultats. Tantôt, il se développe chez le malade une activité purement nouvelle, mais il faut convenir que dans la plupart de ces cas les résultats obtenus sont quelconques, parfois médiocres et puérils. Enfin dans un troisième groupe, on rencontre une activité artistique chez des gens bien cultivées avant leur internement et qui donne des résultats bien supérieurs à ceux des cas précédents.

Rappelons ici le phénomène assez fréquent que RÉGIS en 1879, à propos de la paralysie générale, appelait « Dynamie fonctionnelle », et qui correspond à une sorte d'exaltation réactionnelle des facultés intellectuelles contre le processus morbide. Les diverses modalités de réactions sont fonction du niveau mental et d'autant plus intéressantes que le malade

est un individu cultivé. Cette exaltation se rencontre principalement au stade de début des affections mentales et se traduit chez la plupart des malades pour une excitation expansive de courte durée. Mais si, comme nous venons de le dire, le malade est d'un niveau intellectuel supérieur, alors le phénomène peut être à l'origine de travaux, d'œuvres d'art de réelle valeur, le malade accomplissant un véritable effort créateur artistique ou littéraire, affirmant une personnalité qui semblait jusque-là latente. C. PASCAL et J. VIE ont parlé de cette période d'expansion intellectuelle, de pénétration affective, d'allégresse spirituelle, au début de l'hébéphrénie, qui peut exalter des dons musicaux, littéraires, ou artistiques en général. Cependant, toujours rapidement cette dynamique fonctionnelle fait place à la stérilité démentielle.

Chez certains malades encore, sous l'influence pathologique, on observe parfois un changement complet dans le style. Un exemple typique en a été rapporté dans une observation par LAIGNEL-LAVASTINE et VINCHON. Il s'agit d'une jeune femme présentant un délire mystique et qui a eu révélation des pratiques spirites par une infirmière au cours d'un séjour à l'hôpital. Elle exerçait avec art le métier de sculpteur et c'est pourquoi dans son délire elle fait vœu de sculpter l'image de la Vierge de la Rédemption. C'est ainsi qu'au cours d'une extase, cette malade se met à façonner une statue qui fait songer aux primitifs gothiques et florentins et qui diffère nettement par sa facture et son inspiration de ses

œuvres antérieures. Comme le font remarquer les auteurs de cette observation originale, CABANIS avait déjà noté que dans les « maladies extatiques et convulsives, les organes des sens deviennent sensibles à des impressions qu'ils n'apercevraient pas dans leur état ordinaire et reçoivent en outre des impressions étrangères à la nature de l'Homme ». Ces impressions se sont traduites chez la malade de LAIGEL-LAVASTINE et VINCHON par une nouvelle direction donnée à ses tendances artistiques. Certains états comme le rêve, où la conscience et la volonté sont absentes ou diminuées, jouent un rôle dans la production d'œuvre d'art. BRIÈRE de BOISMONT cite la Sonate du diable de Tartini entendu en rêve par le musicien, et CARLYLE dépeint Coleridge écrivant à son réveil les cinquante premiers vers du poème de Kubba Khan, composé au cours d'un songe; un événement fortuit le distrait et il est ensuite incapable de continuer. A propos de leur malade, LAIGEL-LAVASTINE et VINCHON estiment qu'expliquer ses écrits et sa sculpture par l'automatisme seul est insuffisant et ils lui appliquent le mot que Jérôme CARDAN écrivit à propos de son livre *De Subtilitate* : « Ces choses sont de trois genres; aucunes sont par songe, aucunes par extase et esbahissement; aucunes en pure vigilance ».

Ajoutons enfin que l'influence des maladies périodiques se fait toujours nettement sentir sur les œuvres des aliénés. On en trouve un exemple frappant dans les tableaux qu'a peints Van Gogh, pendant et entre

les attaques périodiques d'une « psychose épileptoïde ».

Nous pouvons dire maintenant que les différentes productions techniques des aliénés se rapportent plus souvent à ce que nous avons appelé la sociabilité résiduelle qu'à la néo-sociabilité proprement dite. La pensée technique des psychopathes n'est que rarement créatrice; malgré tout, elle est capable de fournir assez souvent un bon travail et même d'utiliser de nouveaux expédients pratiques.

Lorsque cette pensée est créatrice, elle se trouve liée aux idées délirantes des malades, mais cette éventualité étant peu fréquente, on peut admettre que la création technique des aliénés n'est pas le fruit de leur état morbide, mais plutôt de la partie restée saine de leur esprit. Cela revient une fois de plus à réfuter l'opinion populaire qui veut assimiler le génie à la folie. A. REGNARD dans son ouvrage, nous a dit depuis longtemps ce qu'il faut penser à ce sujet des opinions nettement exagérées de Lombroso. DUMAS affirme également par exemple, que si « Auguste COMTE a été un grand philosophe, c'est grâce à sa raison, à sa volonté et malgré qu'il ait été fou ».

Abandonnons maintenant ces questions de psychologie individuelle, pour envisager plus spécialement des problèmes de psychologie collective concernant les diverses réactions mutuelles qu'on observe couramment entre les malades et leur entourage. Comme

le faisait remarquer E. DUPRÉ, dans son discours présidentiel au Congrès des Aliénistes de 1920, ce vaste problème a depuis longtemps sollicité l'attention, non seulement des aliénistes, mais aussi des philosophes, des sociologues, des juristes, DUPRÉ étudiait ces questions sous le nom d'Interpsychologie morbide, et il comprenait ainsi trois réactions mentales :

— réactions centripètes, ou réactions de l'entourage sur le psychopathe, dont les plus importantes sont la méconnaissance et l'exploitation du malade par son entourage;

— réactions centrifuges, se faisant du psychopathe sur son milieu. Elles sont de plusieurs ordres et s'exercent soit par la suggestion, soit par l'imitation, soit par la contagion morbide;

— inter-réactions mixtes, s'exerçant à la fois dans les deux sens et simultanément. Elles agissent par l'intervention des influences précédentes et fréquemment en dehors de la conscience du malade et de son entourage.

DUPRÉ envisageait surtout cette influence de l'entourage sur certains psychopathes méconnus et exploités, parmi lesquels des débiles, des déments, des déséquilibrés et enfin des délirants.

Dans le même sens, se trouve posée la question de l'influence de l'hospitalisation sur le malade mental. Nous savons que la plupart des aliénés ont conscience du milieu dans lequel ils vivent et en ressentent profondément l'influence morale. Leurs modalités réac-

tionnelles ne sont généralement pas différentes de celles que tout individu normal manifeste par rapport au milieu où il vit. L'aliéné peut se plaire dans son asile et s'y sentir heureux. Parfois, au contraire, il s'y déplaît d'autant plus qu'il est d'habitude retenu contre sa volonté. Enfin, il peut éprouver des sentiments ambivalents, faits simultanément d'attachement et d'aversion. Il importe de connaître ces états affectifs, leurs racines psychologiques, leurs manifestations extérieures, surtout dans les cas où l'asile déclenche de violents sentiments d'opposition de la part du malade interné.

Nous avons voulu montrer tout le long de cette étude que la grande majorité des aliénés est capable de s'adapter à la vie à l'intérieur de l'asile, grâce à ce que nous appelons la néo-sociabilité, mais nous reconnaissons que quelques psychopathes arrivent difficilement à se familiariser avec l'hôpital. C'est là un point sur lequel ont insisté BLEULER et ses élèves, en particulier à propos de certains schizophrènes. Chez ceux-là, l'opposition se manifestant vis-à-vis de leur nouveau milieu, se traduit par l'augmentation de l'autisme : « le malade, retenu contre son gré dans l'asile, n'y trouvant aucun agrément, ni surtout aucun lien capable de le rattacher à la réalité, tend au contraire à fuir cette dernière qui lui est pénible »¹. C'est alors que la sortie précoce s'impose nécessairement. Ces cas mis à part, les autres aliénés ne peuvent que tirer profit de leur séjour à l'asile.

(1) REPOND. Hygiène mentale, octobre 1926, p. 206.

mais il faut pour cela, d'une part, que l'établissement soit un milieu favorable doté de conditions matérielles excellentes, de tout le confort voulu, et surtout de médecins et d'un personnel pourvu de toute la compréhension psychologique nécessaire. Ce sont là, avec la règle générale du travail sous forme d'activité collective ou d'occupation individuelle, les mesures à prendre à l'intérieur de l'asile, pour ne pas gêner l'existence ou le développement des tendances encore saines chez le malade, et encore moins laisser disparaître ses facultés intellectuelles, affectives et sociales, qui sont intactes, ou peu atteintes.

L'internement, tel qu'il est pratiqué actuellement, ne paraît pas répondre exactement à ces mesures. En effet, sous son apparence de simplicité, il est en réalité complexe, et peut être considéré comme quadruple :

— l'internement administratif qui isole simplement l'individu de la société;

— l'internement qui prive ensuite le psychopathe de la vie familiale;

— l'internement aboutissant à la privation de la vie au grand air;

— enfin l'internement par ligotage dans le lit.

Les mesures à prendre à l'égard d'un aliéné, devraient se borner à l'internement administratif et les mesures suivantes devraient alors n'avoir qu'un seul but, celui de faire oublier au malade son internement, en lui donnant l'illusion de la liberté, en le mettant dans un milieu très proche du mode fami-

liai, enfin en supprimant définitivement tout moyen de contrainte comme les camisoles, lesquelles sont sans doute aussi terribles que l'étaient les chaînes dont autrefois PINEL a délivré les aliénés.

Il est donc incontestable, que toute psychiatrie doit, d'une part, envisager l'aliéné comme faisant partie d'un groupe collectif, restreint mais indiscutable, et que, d'autre part, elle doit sans cesse tenir compte du coefficient réactionnel individuel, du profil psychologique du malade. Ainsi le tempérament, la constitution de celui-ci, devront orienter la thérapeutique, bien plus qu'une classification des maladies mentales. D'où les deux règles suivantes :

- nécessité de conserver la sociabilité;
- nécessité d'individualiser la thérapeutique.

CONCLUSIONS

Notre but n'a pas été d'apporter une contribution originale à l'étude d'une question depuis longtemps devenue classique. Nous avons voulu plus spécialement envisager le problème d'une manière synthétique en l'abordant sous l'aspect de Néo-sociabilité des Aliénés, lequel englobe dans son ensemble toute une série de notions touchant à la fois à la médecine thérapeutique, à l'hygiène mentale, à la psychologie et à la sociologie. Au terme de cette étude, nous insisterons sur les conclusions suivantes :

I. — L'aliéné interné, étant isolé de son milieu et par définition échappant aux contingences extérieures, il est utile de le considérer d'abord sous un angle individuel et ce sont chez lui les problèmes personnels qu'on peut envisager les premiers.

II. — Mais comme il est incontestable que l'aliéné est immédiatement soumis aux influences d'un nouveau milieu, celui de l'hôpital psychiatrique, il devient alors nécessaire de tenir compte à son égard d'un nouveau facteur social en milieu restreint. Du reste, les malades se soumettent spontanément aux règles sociales de ce milieu restreint, la maladie lais-

sant intactes chez eux les tendances primitives qui font de l'instinct social un des plus lents à disparaître. Nous avons montré en effet qu'on trouve facilement des malades entrant dans nos quatre grands cadres de néo-sociabilité.

III. — L'attitude et le comportement des psychopathes sont nettement influencés et modifiés par des facteurs d'ordre psychologique.

IV. — Le travail fourni par les aliénés, s'il n'est pas toujours créateur, est par contre souvent d'un bon rendement dans le domaine technique, et l'automatisme pratique se maintient plus longtemps intact que l'intelligence théorique, devant un processus démentiel.

V. — La thérapeutique d'occupation apparaît alors comme très puissante à l'intérieur de l'asile, puisqu'elle a pour fondement des moyens d'action d'ordre physiologique et surtout d'ordre psychologique et sociologique auxquels l'aliéné, nous venons de le dire, est encore très sensible.

VI. — Toute psychiatrie doit donc être « sociale », aussi bien dans ses méthodes d'étude que dans ses formules thérapeutiques. Ce qui, remarquons-le, est tout à fait en accord avec l'orientation nouvelle qu'on donne à l'étude des affections mentales en application des principes dynamiques de Jackson.

VII. — Ainsi conçue, la psychiatrie apparaît, d'une part, comme une discipline qui « pénétrant le plus avant dans l'étude des rapports qui unissent l'individu et la société, établit le mieux que notre personnalité n'est qu'une émanation de l'organisme social et que la vie psychique individuelle n'est, dans son unité passagère, qu'un reflet, une condensation, et, pour ainsi dire, une cristallisation de la vie psychique collective », et, d'autre part, elle apparaît comme une science médicale en mouvement, dont il y a lieu d'attendre les meilleurs résultats, si l'on s'efforce de ne pas oublier dans sa pratique, les premiers points que nous rappelions au début de ces conclusions.

Vu : Le Président de la thèse.
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BERINGER (K.). — Importance de la thérapeutique d'occupation pour le traitement des maladies mentales. (V^e Réunion Européenne d'Hyg. Ment. Munich 1938).
- BLONDEL (Ch.). — Introduction à la psychologie collective. Colin 1928.
- BOBÉ (J.). — Les colonies familiales d'aliénés. *Th. Paris*, 1933.
- BONFIGLIO. — Importance de l'ergothérapie pour la guérison des maladies mentales. (V^e Réunion Europ. d'Hyg. ment. Munich, 1938).
- CALMELS. — La thérapeutique des maladies mentales par le travail. *Ann. méd. psych.*, Mars 1927.
- CEILLIER (A.) et VERVAECK (P.). — L'assistance par le travail aux épileptiques. *Hyg. ment.*, Avril 1927.
- DEMAY. — Les conditions de la thérapeutique par le travail dans les asiles. *Hyg. ment.*, Février 1929.
- DIDE. — L'assistance doit différer pour les maladies mentales et les infirmités psychiques. *Hyg. ment.*, Janv. 1933.
- DUPRÉ (E.). — Discours présidentiel. (Congrès des Aliénistes, 1920).
- HALBERSTADT. — A propos de l'ergothérapie. *Ann. méd. psych.*, Mars 1929.
- LADAME et DEMAYE. — La thérapeutique des maladies mentales par le travail. (Congrès des Aliénistes, 1926).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La méthode concentrique dans l'étude des psychonévroses, 1928.
- LAIGNEL-LAVASTINE et VINCHON. — Délire mystique et sculpture automatique. *Revue Neurol.*, Août 1920.
- LAUTIER. — Les exagérations de la thérapeutique par le travail. *Hyg. ment.*, Juin 1929.
- MANS (J.). — Contribution à l'étude du travail dans les asiles d'aliénés. *Aliéniste français*, Février, Mars 1937.

- PARANT (Victor). — La raison dans la folie, 1888.
- PASCAL (C.) et VIÉ (J.). — Dynamie fonctionnelle hétéphrénique. (Congrès des Aliénistes, 1935).
- POROT (A.). — L'assistance par le travail dans les asiles hollandais. *Hyg. ment.*, Fév. 1929.
- REPOND. — Hygiène mentale et hôpital psychiatrique. *Hyg. ment.* 1926 et 1927.
- SANO (F.). — L'adaptation du malade mental à son milieu spécialement au point de vue de l'assistance familiale. (Congrès des Aliénistes, 1924).
- SIMON (Hermann). — La psychothérapie à l'asile. *Hyg. ment.*, Janv. 1933.
- SIMON (Th.). — Souvenirs. *Ann. méd. psy.*, Mars 1927.
- TOULOUSE (Ed.) et DUPOUY (R.). — De la transformation des asiles d'aliénés en hôpitaux psychiatriques. *Hyg. ment.*, Juin 1927.
- TRAMER. — Analyse du rôle psychotérique du placement familial. *Hyg. ment.*, Janvier 1933.
- VIÉ (J.). — Quelques terminaisons des délires chroniques. *Ann. méd. psy.*, Nov. 1939.
- VIÉ (J.) et QUÉRON (P.). — Travaux et occupations des pensionnaires de la colonie familiale d'Ainay-le-Château. *Aliéniste français*, Févr. 1935.
- WAHL (P.). — Distractions et travail intellectuel dans les asiles d'aliénés. *Aliéniste français*, Mars 1935.

1111